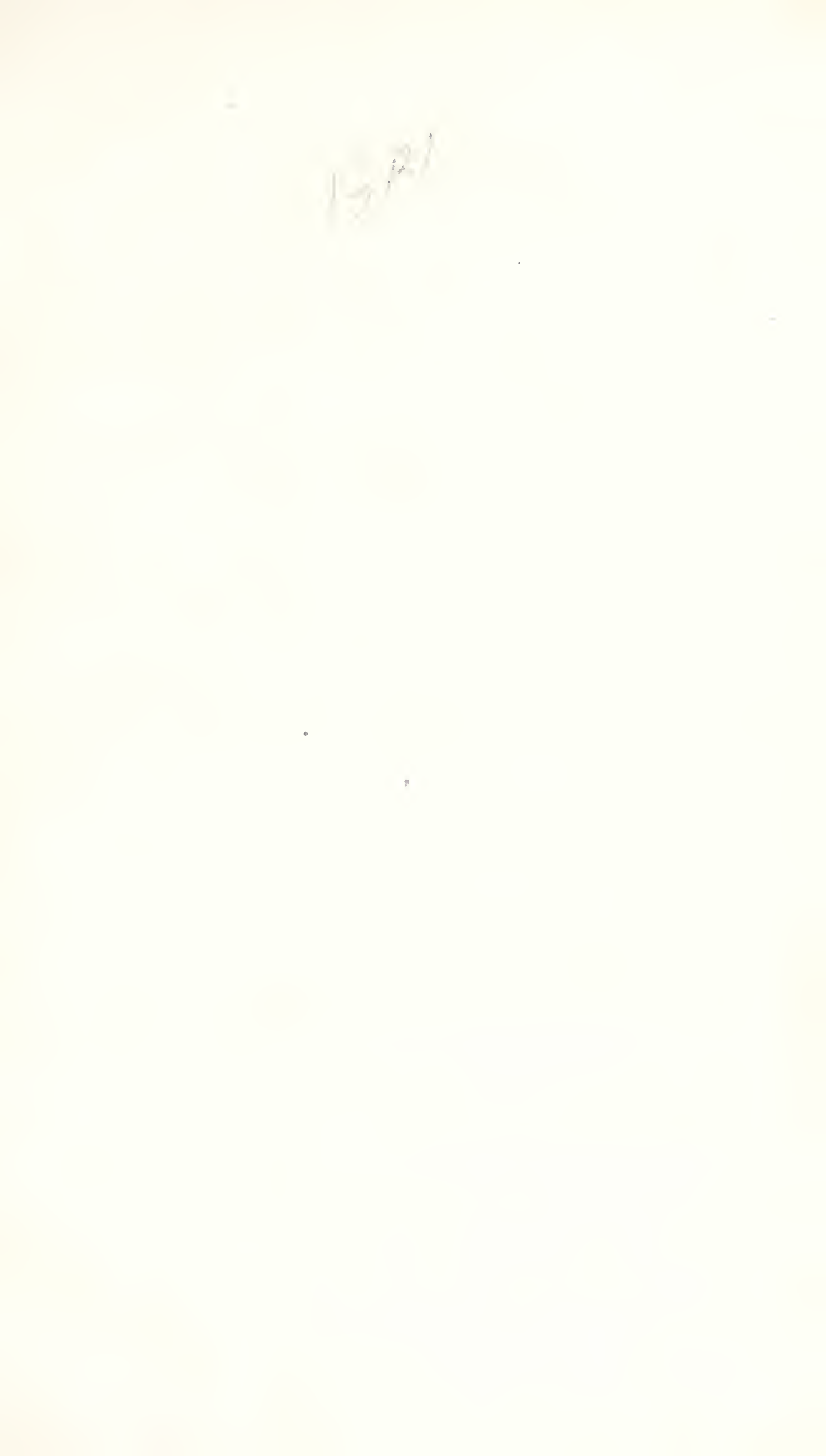


# CONSIDÉRATIONS

SUR

# L'ÉRYSIPÈLE GANGRÉNEUX,

## L'ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX

## ET LE PHLEGMON ÉRYSIPÉLATEUX;

### DES CARACTÈRES QUI LES DISTINGUENT,

### DU TRAITEMENT QUI LEUR CONVIENT.



# CONSIDÉRATIONS

SUR

# L'ÉRYSIPÈLE GANGRÉNEUX, L'ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX ET LE PHLEGMON ÉRYSIPÉLATEUX;

## DES CARACTÈRES QUI LES DISTINGUENT, DU TRAITEMENT QUI LEUR CONVIENT;

**PAR JULES QUISSAC,**

Professeur-Agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, ancien Chef-Interne de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, ancien Chef de Clinique médicale de la Faculté, ancien premier Elève de l'Ecole-pratique d'Anatomie et de Chirurgie, Membre de la Société de Médecine-pratique.

MONTPELLIER

JEAN MARTEL AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue de la Préfecture, 10.

1844

# CONSIDÉRATIONS

SUR

# L'ÉRYSIPÈLE GANGRÉNEUX,

## l'Érysipèle phlegmoneux et le Phlegmon érysipélateux ;

## DES CARACTÈRES QUI LES DISTINGUENT ;

### du traitement qui leur convient.

Est-on bien fixé sur ce qu'on doit entendre par érysipèle gangréneux, érysipèle phlegmoneux, phlegmon érysipélateux ? Peut-on, d'après ce qu'en disent les auteurs, assigner à ces maladies des caractères propres qui les distinguent entre elles ? N'est-on pas exposé à voir attribuer à l'une d'elles ce qui appartient à l'autre ? N'est-il pas vrai que la confusion la plus extraordinaire règne sur ce sujet ; que tel auteur décrit sous la dénomination d'érysipèle gangréneux, l'érysipèle phlegmoneux ; que tel autre se sert de cette dernière dénomination pour l'érysipèle gangréneux ; que quelques-uns les emploient indifféremment l'une ou l'autre pour ces deux maladies à la fois ? N'est-il pas vrai que, sous le titre d'érysipèle phlegmoneux, il n'est souvent question que du phlegmon érysipélateux ? N'est-il pas vrai enfin que quelques auteurs appliquent cette dénomination et à cette première maladie et au phlegmon érysipélateux ? Que l'on ouvre les traités, soit de pathologie interne, soit de pathologie externe, même les plus modernes ; que l'on compulse les thèses, mémoires, où l'on s'est

occupé de ce sujet, et l'on verra si ce que je dis n'est pas exact; l'on verra s'il ne règne pas sur ce point la confusion, le laconisme le plus désespérants.

Ainsi, Delpech, sous le titre d'érysipèle phlegmoneux, confond cette maladie avec l'érysipèle gangréneux, ne faisant nullement mention du phlegmon érysipélateux.

Boyer distingue l'érysipèle gangréneux de l'érysipèle phlegmoneux; mais on voit que, sous cette dernière dénomination, il est tout autant question du phlegmon érysipélateux que de l'érysipèle phlegmoneux.

P. Frank admet également deux espèces : l'érysipèle malin ou gangréneux et l'érysipèle phlegmoneux, dont la description a moins de rapport à cette dernière espèce qu'au phlegmon érysipélateux.

Desault ne parle que d'une seule espèce, l'érysipèle phlegmoneux, qui comprend non-seulement celui-ci, mais encore l'érysipèle gangréneux et le phlegmon érysipélateux.

S. Cooper ne décrit que l'érysipèle phlegmoneux, dans lequel se trouvent confondus les symptômes du phlegmon érysipélateux. Il signale pourtant l'existence de l'érysipèle gangréneux, renvoyant à ce sujet le lecteur à l'article *gangrène*.

Cullen se borne à parler de l'érysipèle phlegmoneux; on reconnaît, dans la description qu'il en donne, les symptômes du phlegmon érysipélateux plutôt que ceux de l'érysipèle phlegmoneux. Il soupçonne l'existence d'un érysipèle putride (gangréneux probablement), mais il dit ne l'avoir pas observé.

Sydenham se borne à dire qu'il y a deux espèces d'é-

rysipèle : l'un, dont le siége est à la peau (l'érysipèle cutané); l'autre, situé plus profondément, plus difficile à guérir et dégénérant en gangrène ou en ulcère malin.

Le Dictionnaire en 21 volumes (P. Rayer) n'admet qu'une seule espèce, l'érysipèle phlegmoneux, dans lequel se trouvent confondus l'érysipèle gangréneux et le phlegmon érysipélateux. Ce sont pour l'auteur trois degrés de la même maladie.

Dans la deuxième édition de cet ouvrage, qui, par sa date récente, semble résumer la science, MM. Chomel et Blache admettent un érysipèle gangréneux et un phlegmon diffus ou érysipélateux. L'érysipèle phlegmoneux, nullement mentionné par eux, se retrouve, par ses symptômes, confondu avec l'érysipèle gangréneux.

Plus récemment, enfin, M. Betolaud (1) confond, sous le titre d'érysipèle gangréneux, les trois espèces dont il est question, gangréneux, phlegmoneux et phlegmon érysipélateux.

Il existe cependant entre ces trois espèces une différence bien grande et bien tranchée. Elle existe sous le rapport des symptômes locaux; elle existe sous celui des symptômes généraux. L'érysipèle gangréneux ne ressemble en rien à l'érysipèle phlegmoneux ; ils ne diffèrent pas moins l'un et l'autre du phlegmon érysipélateux.

Des conséquences fâcheuses ne peuvent que découler d'une pareille confusion ; car, lorsqu'on ne s'entend pas sur les mots, on est bien exposé à se tromper sur les choses. Aussi la description de ces maladies laisse-t-elle beaucoup à désirer, et rien n'est moins certain, pour

(1) Thèse de 1837.

beaucoup de médecins, que ce que l'on doit faire dans leur traitement.

Aider à remplir cette lacune qu'offre la science; chercher à déterminer les caractères propres à chacune de ces trois espèces; montrer que ce ne sont point des degrés divers de la même maladie, mais bien des maladies différentes; signaler le genre de médication qui leur convient, tel est le but que je vais chercher à remplir. Des faits, pris surtout dans les cliniques interne et externe de l'hôpital Saint-Eloi, serviront de base à ce travail.

Mais, avant d'entrer dans mon sujet, je dois rappeler que, l'inflammation érysipélateuse étant spécifique, ce n'est pas seulement aux caractères anatomiques, aux symptômes locaux qu'il faut avoir égard pour le traitement; qu'il importe de tenir compte de cette spécificité de l'inflammation, sans perdre de vue les symptômes généraux, qui tiennent si souvent les symptômes locaux sous leur dépendance, et qui présentent des différences si grandes dans la maladie en question.

Cette spécificité de l'inflammation érysipélateuse, qui échappe à tous les moyens possibles, même au vésicatoire, dans l'érysipèle simple, éprouve une modification étonnante, par ce dernier topique, dans les trois espèces dont je vais m'occuper. Sans les vésicatoires, en effet, la presque totalité des érysipèles gangréneux et phlegmoneux, j'ajouterai même des phlegmons érysipélateux, sera accompagnée de destruction plus ou moins grave des parties atteintes. Par leur action, la vitalité des tissus se ranime, le caractère de l'inflammation est changé, le principe morbifique est fixé, les humeurs semblent s'épurer. La mortification était imminente, et, par l'effet

qu'ils produisent, le sang, près de se coaguler dans les vaisseaux, reprend sa marche accoutumée.

Ce n'est pas tout cependant que d'avoir combattu cette spécificité par un moyen approprié, il faut soutenir son action par une médication établie sur les symptômes généraux; car, sans cette condition, la maladie pourra bien n'éprouver qu'une modification incomplète. Or, ces symptômes généraux, qui consistent principalement dans la manière dont se font la circulation, l'innervation et la calorification, offrent des différences bien grandes, selon que l'individu est atteint d'érysipèle gangréneux ou phlegmoneux, ou bien qu'il s'agit d'un phlegmon érysipélateux. Dans le premier cas, l'érysipèle gangréneux, on a les symptômes qui caractérisent la fièvre *nerveuse ;* dans le second, l'érysipèle phlegmoneux, ce sont ceux d'une fièvre inflammatoire fort légère, souvent peu franche; dans le troisième, le phlegmon érysipélateux, les symptômes sont l'expression d'une fièvre réellement inflammatoire, à un degré seulement plus ou moins intense. On voit de suite la différence que l'appréciation de cette fièvre concomitante doit apporter dans le traitement général: les toniques, pour la première; les émollients, pour la seconde; les émissions sanguines, pour la troisième. Voilà, d'un premier coup d'œil, la manière dont ce traitement doit être établi.

Que si, au lieu de reconnaître la spécificité de l'inflammation érysipélateuse et la valeur du moyen local dont j'ai parlé; que si, au lieu de tenir compte de l'état général du malade, le médecin n'a égard qu'aux caractères anatomiques de la maladie, et croit que plus les parties enflammées tendent vers la gangrène, plus il

faut user des anti-phlogistiques, alors il affaiblira d'autant plus et la vie de tout le système et la vie des organes frappés, alors l'innervation déjà si faible, si troublée, s'annihilera de plus en plus, l'appareil circulatoire s'affaissera, les éléments morbides s'en prévaudront, et des désordres de plus en plus graves et la mort même en seront la conséquence.

Ce que je dois rappeler encore, c'est de ne pas perdre de vue la nature, la cause intime de cette maladie, due sans aucun doute à une altération survenue dans les qualités du sang. Cette considération éloignera le médecin de l'emploi de tout moyen susceptible d'altérer davantage ses qualités ; elle l'éloignera de l'idée de chercher à provoquer la délitescence du mal ; elle le portera, au contraire, à mettre en usage tout ce qui tendra à favoriser le mouvement de l'organisme qui semble se livrer à un travail, dont l'épuration de nos humeurs est le but.

Avant d'entrer, enfin, dans la description de chacune de ces trois espèces d'érysipèle, je dois dire que ce qui les unit c'est l'essence de la maladie, c'est le genre de l'affection ; tandis que ce qui les sépare, ce sont les parties, les tissus qu'elles affectent ; c'est la somme de vie qu'elles trouvent dans chaque individu, la réaction qu'elles déterminent, l'affaissement qu'elles amènent, les lésions qu'elles produisent. Avec l'érysipèle gangréneux, c'est la peau, le tissu cellulaire sous-cutané qui sont frappés de mortification ; l'innervation a subi une lésion profonde. Avec l'érysipèle phlegmoneux, la peau est à peu près respectée ; c'est le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire qu'une suppuration destructrice menace ; les forces vitales et l'élément morbide

semblent se faire équilibre. Avec le phlegmon érysipélateux, c'est la peau, c'est le tissu cellulaire sous-jacents qui sont atteints par la phlogose, mais avec des symptômes locaux et généraux qui annoncent, les premiers surtout, une vive inflammation, une réaction vitale prononcée. Il y a donc entre ces trois espèces des différences notables ; et ces différences il importe de les bien déterminer, parce qu'elles ne peuvent qu'avoir une grande influence sur le choix du traitement.

## § Ier. *Erysipèle gangréneux ou malin* (1).

L'érysipèle gangréneux constitue une espèce bien tranchée, ayant des symptômes locaux propres et des symptômes généraux particuliers qui l'accompagnent constamment, à un degré seulement plus ou moins intense.

Les symptômes locaux caractéristiques de cette espèce sont les suivants : la couleur des parties atteintes, rouge d'abord, ne tarde pas à devenir violacée, pour prendre une teinte de plus en plus foncée, à mesure que la gangrène approche. La consistance, bien que prononcée, n'est point élastique ; elle est légèrement pâteuse. Lorsque la gangrène se déclare, elle se borne à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, respectant les parties sous-jacentes qu'elle laisse à découvert. Mais si la mortification s'étend peu en profondeur, elle se dédommage en surface, puisqu'elle détruit parfois toute l'enveloppe tégumentaire d'un membre, d'un bras, d'une jambe,

---

(1) Il n'est question ici que de l'érysipèle gangréneux idiopathique, et nullement de celui qui, par des causes occasionnelles, survient sur des parties infiltrées, etc.

dont les muscles paraissent comme disséqués ; enfin, un caractère à peu près constant de cette espèce, c'est de se borner à frapper de mort la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, sans donner lieu à la formation du pus. Ces symptômes sont bien différents, comme on le verra, de ceux qui ont lieu dans l'érysipèle phlegmoneux et dans le phlegmon érysipélateux.

Les symptômes généraux, du moment où la maladie est bien développée, qu'elle tend évidemment à la gangrène, ne sont pas moins caractéristiques que les symptômes locaux. Ils se composent d'un ensemble de phénomènes qui annoncent une atteinte profonde portée au principe de la vie. Ce n'est guère cependant qu'à une certaine époque que ce caractère se prononce d'une manière tranchée, celle où se manifeste la gangrène ; car ils offrent auparavant une sorte de vague qui ne permet pas toujours au praticien inexpérimenté de reconnaître la gravité du mal. Ces symptômes généraux doivent donc être divisés en deux périodes. La première période est représentée par une sorte de fièvre inflammatoire qui est loin d'être franche, et dont certains phénomènes insolites, tel que l'aspect grillé de la langue, l'expression particulière de la face, etc., joints à l'absence de dureté dans le pouls, n'échappent pas au médecin instruit, qui ne manque pas de rapprocher ces symptômes de la couleur violacée, de la consistance pâteuse des parties atteintes par l'érysipèle. Les symptômes de la deuxième période, qui se déclare ordinairement au moment où la gangrène se manifeste, sont ceux de la fièvre nerveuse, savoir : perte des facultés intellectuelles ; altération des traits du visage ; prostration des forces ; sou-

bresauts des tendons ; carpologie ; évacuations alvines involontaires ; sécheresse et teinte brune de la langue ; petitesse, fréquence, défaut de consistance du pouls ; abaissement de la chaleur du corps, etc.

La durée de ces deux périodes varie selon diverses circonstances ; elle varie surtout selon que l'érysipèle s'est développé spontanément, ou bien qu'il est survenu à la suite d'une cause occasionnelle externe. Dans le premier cas, la première période n'est pas longue ; elle a un, deux jours de durée ; dans le second, elle est plus soutenue, et ne semble céder qu'avec peine à celle qui lui survit. La gravité de cette deuxième période est d'ailleurs généralement beaucoup plus prononcée dans le premier cas que dans le second.

Tels sont les caractères de cet érysipèle, dont la terminaison essentielle est la gangrène, non par excès d'inflammation, mais bien parce qu'il est accompagné d'une lésion profonde de l'innervation qui, se faisant ressentir principalement sur les parties enflammées, y rend la marche du sang de plus en plus lente, de plus en plus difficile, ce qui donne lieu à cette couleur violacée, l'un des symptômes caractéristiques de la maladie. Que l'on emploie des moyens soit externes, soit internes, capables de relever la vie, et de tout le système, et des parties érysipélateuses, l'on voit la scène changer rapidement de face : le sang reprend sa marche, et d'une inflammation qui était sur le point de se terminer par gangrène, il ne reste qu'une congestion légère, une phlegmasie au premier degré qui ne tarde pas à disparaître. Qu'au lieu de ce mode de traitement, on ait recours aux anti-phlogistiques, l'innervation déjà profondément lésée le devient

encore davantage, le cœur ne bat qu'avec peine, le pouls n'a plus de consistance, n'existe presque plus, le sang sans effort d'impulsion s'arrête dans les parties enflammées, la gangrène survient, et cela alors même que la phlegmasie n'était que fort légère.

Cette influence d'une innervation affaiblie sur le développement de la gangrène est chose si commune, qu'il est presque oiseux de la rappeler. C'est à elle qu'il faut attribuer la mortification qui survient après la ligature d'un nerf principal; c'est sous son influence que se développent les escarres qui se manifestent sur les points saillants des parties paralysées; que les parties molles qui recouvrent le sacrum, les grands trochanters, se gangrènent chez les individus atteints de fièvre typhoïde, etc. Dans tous ces cas, l'innervation des parties où se manifestent ces désordres étant affaiblie, la moindre cause, une légère compression, une phlegmasie insignifiante suffisent pour entraver la marche du sang et pour produire la mortification. La plus grande analogie existe, on le voit, entre ces cas et l'érysipèle gangréneux, dans lequel la lésion profonde qu'éprouve l'innervation générale ne manque pas de se faire ressentir dans les parties enflammées, en y rendant la circulation de plus en plus difficile et enfin même impossible.

Quel doit être le traitement de cette maladie? Voici celui qui, à mon avis, mérite la préférence et qui l'emporte de beaucoup sur tous ceux qu'on a employés contre elle.

Comme moyen local, rien ne me paraît au-dessus des larges vésicatoires qu'on place sur l'érysipèle lui-même, de manière à le recouvrir dans la plus grande partie de

son étendue. Leur action prévient, arrête d'une manière sûre la gangrène, en ranimant la vie dans les tissus malades et changeant le caractère de l'inflammation ; mais il faut, pour cela, qu'ils soient soutenus par des moyens internes en rapport avec l'état général du malade. Un autre effet avantageux qu'ils produisent sous les mêmes conditions, c'est de fixer le principe morbifique, de l'empêcher de se porter sur d'autres points, de préserver de ses atteintes les organes intérieurs.

Quelques médecins ont pu craindre que l'application des vésicatoires, sur des parties dont l'inflammation paraît si vive, facilitât le développement de la gangrène. Ces craintes ne sont nullement fondées ; ce topique, par la propriété qu'il a de changer le caractère de l'inflammation, la rend plus simple, plus franche ; ce qui suffit pour éloigner la terminaison fâcheuse qui était imminente. Je ne crois pas d'ailleurs qu'aux faits si nombreux dans lesquels les vésicatoires ont produit un effet merveilleux, on puisse, je ne crains pas de l'avancer, en opposer un seul dans lequel ils aient favorisé la mortification, pourvu, toutefois, qu'on ait administré en même temps des moyens internes appropriés à l'état général.

Une circonstance qu'il importe de noter, c'est que les vésicatoires, placés sur l'érysipèle gangréneux, ne provoquent pas la formation d'abcès, tandis que, dans l'érysipèle phlegmoneux ou le phlegmon érysipélateux, leur application est fréquemment suivie de cet accident.

Quant au traitement général, il est non moins important que le traitement local; ils ne peuvent guère aller l'un sans l'autre. Ce traitement doit être basé, non sur l'état anatomique des parties qui pourrait faire croire à

la nécessité de diminuer la quantité du sang, de ralentir sa marche, ce qui ne ferait que rendre le mal plus grave et hâter le développement de la gangrène, mais bien sur les symptômes généraux; car c'est là communément le vrai guide du praticien, celui qui l'expose le moins à l'erreur. Or cet état, lorsque la gangrène se déclare, et même alors qu'elle n'est encore qu'imminente, est celui qui appartient à la fièvre nerveuse; j'en ai fait connaître les principaux symptômes. Il n'y a quelque différence que pour l'intensité qu'ils présentent, ce qui varie selon que la cause qui produit le mal a plus ou moins d'énergie, selon que l'individu présente plus ou moins de réaction vitale, selon que l'érysipèle a plus ou moins d'étendue. Il est donc nécessaire d'avoir recours aux moyens préconisés dans ces circonstances, aux toniques associés aux anti-spasmodiques diffusibles. Le remède que je dois recommander à ce titre, à cause des succès constants que je lui ai vu produire, c'est la résine de quina unie à l'éther sulfurique, dans la proportion d'un gros pour la résine, de vingt à trente gouttes pour l'éther, sur une potion de quatre onces, que l'on donne par cuillerée d'heure en heure.

Il faut se garder de croire qu'on ne puisse donner la résine de quina que lorsque la fièvre nerveuse est bien établie. Ce serait une faute grave que d'attendre jusqu'à ce moment; car, si l'on diffère jusque-là son administration, la gangrène est toujours déclarée. On doit avoir recours à son usage, même dans la première période, tout aussitôt que la maladie commence à se dessiner, que les parties érysipélateuses deviennent violacées, pâteuses, et alors même que les symptômes généraux

semblent avoir quelque chose du caractère inflammatoire, sans craindre d'exaspérer le mal, qui loin de là éprouve un amendement rapide. Cette couleur, cette consistance des parties atteintes; la sécheresse de la langue, qui est tantôt comme grillée, tantôt brunâtre; le défaut de consistance de l'artère, malgré un certain développement, suffisent au praticien pour prescrire son administration immédiate; c'est le meilleur moyen de s'opposer au développement des symptômes nerveux qui sont imminents et de prévenir la mortification.

Une pareille médication faite dans de semblables circonstances, pourra paraître téméraire à quelques médecins; les anti-phlogistiques, les émollients leur sembleraient plus rationnels. S'il s'agissait d'une inflammation franche, nul doute que ces derniers moyens ne fussent les seuls convenables, que la résine de quina ne produisît un mauvais effet; mais il n'en est rien, l'inflammation est de la classe de celles qu'on appelle malignes, et qui font des progrès d'autant plus rapides qu'elles trouvent moins d'énergie vitale chez les individus. L'expérience d'ailleurs, qui seule peut justifier une théorie, démontre la vérité de ce que j'avance. Elle démontre que les anti-phlogistiques, mis en usage alors, affaiblissent d'une manière fâcheuse l'innervation générale et par suite l'innervation des parties enflammées, qu'ils y rendent le cours du sang de plus en plus difficile, et hâtent par conséquent le développement de la gangrène. Elle démontre, au contraire, que les toniques et les vésicatoires préviennent cette terminaison par un effet tout opposé; qu'ils rendent l'inflammation plus simple, plus franche; qu'ils la ramènent au degré le moins

élevé, par cela seul qu'ils rendent le cours du sang plus facile. Je le répète donc, dès qu'on est appelé pour un individu atteint d'érysipèle qui tend vers la gangrène, et qui est accompagné des symptômes locaux et généraux que j'ai signalés, le seul traitement qu'on doive employer, n'importe la période, c'est la potion avec la résine de quina à l'intérieur, et les larges vésicatoires sur l'érysipèle de manière à le recouvrir presque en entier. Rien n'égale la puissance de cette médication que je n'ai jamais vu échouer, et qui agit avec une telle promptitude que vingt-quatre heures ont toujours suffi pour amener un changement complet, dans les cas les plus graves.

Voici, du reste, quelques observations à l'appui de ce que j'avance.

1re *Obs.* « Au nº 15 de la salle Saint-Vincent, venait d'être porté, en février 1834, le nommé Bremond, âgé de 45 ans, colporteur, de constitution robuste, de tempérament bilieux-sanguin, sur le compte duquel on apprenait seulement qu'il était malade depuis six jours, et qu'il avait refusé jusque-là tout secours de l'art. Il se trouvait dans l'état suivant : altération prononcée des traits du visage ; perte des facultés intellectuelles, qui cesse pourtant lorsqu'on lui adresse la parole ; langue sèche, comme grillée ; pouls fréquent, petit, peu consistant ; soubresauts des tendons. La jambe droite, tuméfiée dans presque toute sa hauteur, présente à sa partie antérieure et externe une rougeur violacée qui se rapproche de plus en plus de la couleur lie de vin jusqu'au centre, où se trouve un point noirâtre grand

comme une pièce de 2 francs. La consistance de la partie frappée est assez prononcée et légèrement pâteuse. L'état du ventre et la manière dont se fait la respiration n'annoncent rien d'anormal.

( Prescription du professeur Broussonnet : large vésicatoire camphré sur presque toute l'étendue de l'érysipèle ; potion avec 1 ʒ résine de quina, 25 grains sel d'absinthe, 20 gouttes éther sulfurique, eau de fleurs d'oranger et sirop d'armoise, de chaque 1 ℥, eau de tilleul 3 ℥ : à prendre par cuillerée d'heure en heure. )

Le lendemain, le délire a cessé; le visage a un aspect plus rassurant; la langue commence à s'humecter; le pouls s'est relevé; les soubresauts des tendons ont disparu. Le vésicatoire enlevé, on reconnaît que la tuméfaction a un peu diminué ; que la rougeur est moins foncée ; que l'aspect des parties dénudées d'épiderme est plus satisfaisant ; seulement le point noirâtre, déjà vu la veille, persiste ; il est formé par une escarre qui ne paraît pas profonde.

(Continuation de la potion ; infusion de tilleul ; bouillons de quatre en quatre heures. )

Le 3e jour, l'amélioration continue, la jambe se rapproche de son volume normal ; le pouls est presque naturel. ( Cessation de la potion ; bouillon et vin ; infusion de tilleul. )

Le 4e jour, on donne des potages. Bientôt, par la chute de la petite escarre, le malade n'a plus qu'une plaie simple qui ne tarde pas à guérir. »

Ainsi, dans moins de vingt-quatre heures, un malade qui présentait une jambe que la gangrène menaçait de détruire; des symptômes généraux qui ne pouvaient

faire porter qu'un pronostic très-fâcheux; ce malade, dans ce court espace de temps, éprouve un changement si remarquable dans son état qu'on peut dire qu'il n'y a plus rien à craindre pour lui, qu'il est guéri. Par l'application du vésicatoire, la lésion locale est arrêtée, sa nature est changée, le principe morbifique semble s'y épuiser. Mais ce n'est pas seulement à ce moyen qu'il faut attribuer la cure : le quinquina pris à l'intérieur y a tout aussi puissamment contribué, en relevant l'action nerveuse qui a une influence si grande sur les fonctions du système circulatoire, et en changeant le caractère de l'inflammation qui n'est dangereuse que parce qu'elle ne trouve pas dans les tissus qu'elle frappe assez de vie pour la supporter.

2e *Obs.* « Dans le mois de novembre de la même année 1834, entrait à l'hôpital Saint-Eloi le nommé Gervais, âgé de 52 ans, agriculteur; il se présentait dans l'état que voici : gonflement du dos de la main et de l'avant-bras, avec couleur rouge-violacée, surtout sur ce premier point où l'on voit une escarre de peu d'étendue; sensation de chaleur brûlante dans toute cette partie. La langue est sèche, un peu rouge à la pointe; l'épigastre non sensible; le ventre nullement douloureux. Le pouls est fréquent, peu développé, peu consistant. Les facultés intellectuelles sont intactes, cependant le malade a l'air triste et ne répond qu'avec peine aux questions qu'on lui adresse. Il a commencé à se sentir indisposé il y a cinq jours, et s'est borné depuis lors à s'abstenir d'aliments. (Le professeur Broussonnet prescrit la même potion avec la résine de quina, et fait appliquer un grand vésicatoire camphré qui re-

couvre le dos de la main, ainsi que la plus grande partie de l'avant-bras.)

Le 2e jour, la langue est humide, la rougeur de la pointe est moins sensible, la diarrhée a cessé; le pouls a diminué de fréquence et s'est élevé. Le vésicatoire enlevé, on reconnaît que la petite escarre, déjà observée, ne s'est pas agrandie; la tuméfaction a diminué; la rougeur est plus satisfaisante. (Continuation de la potion; bouillons; infusion de tilleul.)

Le 3e jour, la main et l'avant-bras ont repris leur volume presque normal; le pouls est naturel; le malade demande des aliments. (Semoule.)

Le vésicatoire suppure pendant 9 jours, et le malade sort le 14e jour de son entrée, n'ayant qu'une petite plaie, résultat de l'escarre qui existait déjà lorsqu'il s'est présenté à l'hôpital. »

Même succès que dans le cas précédent, et obtenu avec la même promptitude.

Il existait ici une circonstance particulière : la langue était rouge à la pointe; il y avait de la diarrhée. Devait-on, en raison de ces symptômes, s'abstenir du quinquina et lui préférer les émollients? Non; car il ne s'agit pas, dans ces cas, d'inflammation franche de la muqueuse digestive, mais bien d'une irritation, d'une inflammation légère, sympathique de l'érysipèle, de la même nature que lui, tout aussi réfractaire que lui aux émollients, et tout aussi susceptible que lui de s'amender sous l'emploi des toniques qui ne peuvent que produire un bon effet, soit peut-être localement par leur impression sur la muqueuse, soit surtout par leur action

sur toute l'économie, qui tient ici sous sa dépendance, d'une manière si évidente, la lésion locale.

Lorsque les boissons émollientes ont été le moyen interne donné dans ces circonstances, non-seulement les symptômes n'ont pas le plus souvent éprouvé d'amendement, mais on a vu l'état de la muqueuse digestive devenir chaque jour plus grave, contre-indiquer de plus en plus, aux yeux des praticiens qui prescrivaient ces boissons, l'usage des toniques ; on a vu cet état marcher, en quelque sorte, d'une manière parallèle avec l'érysipèle, dont les progrès étaient de plus en plus alarmants, par l'effet de cette médication intempestive ; on a reconnu l'impossibilité chaque jour plus prononcée de l'économie à opérer une crise favorable ; les organes pectoraux, encéphaliques, se sont pris ; les symptômes sont devenus de plus en plus menaçants, et les malades ont fini par périr.

L'indication du quinquina à l'intérieur était donc positive. Par son action sur toute l'économie, l'érysipèle extérieur et la légère irritation gastrique ne pouvaient qu'éprouver une modification avantageuse.

Je n'ai pas besoin de dire que les diarrhées qui surviennent dans ces circonstances ne sont pas de celles qui réclament l'administration des opiacés. Elles tiennent tout autant à une lésion profonde de l'innervation qu'à un léger mouvement fluxionnaire. Préparations opiacées et symptômes de la fièvre nerveuse, surtout avec imminence de gangrène, ne vont pas bien ensemble. Il faut alors ranimer la vie qui s'éteint, et non l'endormir, la paralyser davantage.

3e *Obs*. « Doucet, âgé de 45 ans, d'un tempérament

bilioso-sanguin, et sujet à des attaques d'épilepsie, se met, en 1836, entre les mains du docteur ***, pour être traité de sa maladie par le magnétisme. Après la 14e séance, il survient un érysipèle qui, du dos de la main, ne tarde pas à gagner l'avant-bras. Le docteur *** fait appliquer deux vésicatoires qui recouvrent la moitié inférieure de ce membre et lui prescrit une potion. Le lendemain, Doucet est conduit à Saint-Eloi, salles de chirurgie.

Voici l'état dans lequel il se trouve : perte complète des facultés intellectuelles ; il chante presque continuellement des versets de psaumes ; le pouls est fréquent, petit, sans consistance ; la température du corps basse ; la langue dans l'état naturel. L'érysipèle s'étend du dos de la main à deux travers de doigt au-dessus du pli du coude. La partie sur laquelle ont été appliqués les vésicatoires présente un aspect satisfaisant ; mais au-dessous et au-dessus du point où ils ont été mis, il y a une escarre ; la tuméfaction de l'avant-bras et de la partie inférieure du bras est assez considérable ; la couleur en est violacée.

Le malade étant entré après la visite du professeur Serre, je prescris (j'étais chef-interne et chargé de ce service) un vésicatoire à mettre sur le dos de la main et deux autres larges vésicatoires camphrés, comme le premier, à placer sur les parties supérieures de l'avant-bras et inférieure du bras, moins les points où il y en a déjà eu. Je formule en même temps la potion dont il a déjà été question dans les observations précédentes, savoir : résine de quina, 15, etc., qu'on doit lui donner aussi par cuillerées et d'heure en heure.

Le lendemain, le délire a cessé; le pouls s'est relevé; la chaleur est revenue à la peau. L'engorgement érysipélateux a diminué sur les points où il existait; il n'est pas monté plus haut; la gangrène n'a pas fait de progrès. (M. Serre continue la potion avec la résine de quina; bouillon; infusion de tilleul.)

Le 3e jour, l'état du malade est on ne peut plus satisfaisant. L'engorgement de l'avant-bras et du bras est à peine sensible; les vésicatoires ont un bon aspect; les escarres sont entourées d'une légère ligne inflammatoire. (Bouillon; infusion de tilleul.)

Les forces du malade se relèvent peu à peu; les escarres se détachent; les plaies qui résultent de leur chute suppurent; elles sont guéries un mois plus tard.

Un an après cette époque, il n'avait pas eu de nouvelle attaque d'épilepsie. »

L'effet des vésicatoires est encore ici remarquable. Là où ils sont appliqués avant l'entrée du malade à l'hôpital, il n'y a pas de gangrène, mais au-dessous et au-dessus de ce point elle existe. N'est-il pas bien évident, d'après ce fait, que non-seulement il n'est pas à craindre, dans les phlegmasies de cette espèce, que le vésicatoire augmente l'inflammation, ainsi que quelques médecins le craignent, mais encore que c'est le meilleur moyen de l'arrêter, de prévenir la gangrène. Ce cas n'est, du reste, pas le seul à venir à l'appui de cette assertion; pareille chose est arrivée, en 1822, au professeur Lallemand : deux vésicatoires placés, l'un sur l'avant-bras, l'autre sur le bras, pour une maladie semblable, préservèrent ces parties de la mortification, tandis que

le point intermédiaire sur lequel ils n'avaient pas porté fut frappé de gangrène (1).

Malgré l'application de ces deux premiers vésicatoires placés à Doucet hors de l'hôpital, la maladie persiste, fait des progrès. Cela tient à deux circonstances : d'abord à ce que les vésicatoires ne se trouvèrent pas assez grands, et surtout aussi à ce que l'on n'avait pas fait usage de l'écorce du Pérou. Du moment où ces deux puissants moyens sont employés, leur effet ne tarde pas à se faire sentir, et dans les 24 heures, terme en quelque sorte obligé, le mal est arrêté ; la gangrène ne fait plus de progrès ; la vie du malade, déjà si en danger, est désormais sauve.

4e *Obs.* « La femme M...., âgée de 38 ans, d'un tempérament nerveux, de constitution sèche, entre à l'hôpital Saint-Eloi, en 1836, dans un état déplorable. Un érysipèle gangréneux existe sur le membre supérieur droit, depuis le dos de la main jusqu'au milieu du bras. La gangrène a déjà frappé la peau du dos de la main et de la presque totalité de l'avant-bras. La tuméfaction, la rougeur violacée de la partie supérieure de l'avant-bras et de la partie voisine du bras, montrent que la maladie n'est pas terminée, et font craindre que la mortification ne s'en empare. La malade conserve ses facultés intellectuelles ; la langue est sèche ; la soif vive ; le pouls fréquent, petit, sans consistance.

Cette malade étant entrée après la visite du professeur Lallemand, je prescris la potion sus-mentionnée avec la résine de quina, et je fais placer deux larges vésica-

(1) Thèse de M. Dumény, 1825.

toires qui comprennent le haut de l'avant-bras et la moitié inférieure du bras ; les parties situées au-dessous se trouvant gangrenées n'en réclamaient nullement l'usage.

Le lendemain, à la levée du vésicatoire, on reconnaît non-seulement que la gangrène n'a pas fait le moindre progrès depuis la veille, mais on voit encore que la tuméfaction a diminué sensiblement et que la couleur des parties est plus satisfaisante. Quant à l'état général, il est bon; le pouls s'est relevé et la langue est humide. (Continuation de la potion par le professeur Lallemand; bouillon.)

Le 3e jour, il ne reste guère du mal que la vaste escarre qui avait déjà frappé le dos de la main et presque tout l'avant-bras, à l'entrée de la malade; les parties qui l'entourent marchent rapidement vers l'état normal. Le pouls est tant soit peu fréquent. (Bouillon; tisane d'orge; pansement des vésicatoires.)

Bientôt une rougeur inflammatoire circonscrit les parties mortifiées; celles-ci commencent à se séparer, et leur chute enfin, complète le quinzième jour, laisse à nu, par la destruction non-seulement de la peau, mais encore du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose, les muscles du dos de la main et de presque tout l'avant-bras.

Un désordre aussi grave nécessitait le sacrifice du membre; car la suppuration qui devait en résulter ne pouvait qu'être énorme et au-dessus des ressources de l'organisme; la cicatrisation par desséchement de cette vaste plaie était à peu près impossible; et en admettant enfin que la guérison pût avoir lieu, ce qui était plus que douteux, l'état

dans lequel se trouveraient ces parties recouvertes d'une cicatrice délicate, difforme, roide, douloureuse, devait rendre ce membre plutôt incommode qu'utile. Ce fut probablement d'après ces considérations que M. Lallemand proposa à la malade l'amputation du bras qu'elle refusa.

La suppuration devint chaque jour de plus en plus abondante; une petite fièvre qui ne l'avait pas quittée se maintint, devint plus forte; les voies digestives se dérangèrent; il survint de la diarrhée, des sueurs nocturnes; l'amaigrissement fit des progrès rapides, et le marasme arriva. Alors la malade demanda l'amputation qu'elle avait déjà refusée; mais M. Lallemand, vu le fâcheux état dans lequel elle se trouvait, dut la refuser à son tour. Elle mourut quelques jours après. »

Le succès du quinquina à l'intérieur et des vésicatoires sur l'érysipèle a encore été ici tout aussi remarquable que dans les cas précédents. Le lendemain du jour où ce traitement est commencé, la gangrène est arrêtée, l'érysipèle ne présente plus de danger; il est presque sur son déclin. La mort arrive cependant. Mais à quoi faut-il l'attribuer? N'est-ce pas aux lésions existant déjà quand la malade est entrée, et contre lesquelles tout moyen humain était impossible?

A ces quatre observations, on ne peut plus concluantes sur la puissance de ce traitement, je pourrais en ajouter plusieurs autres tout aussi remarquables sous le même rapport, si elles ne devaient pas être une sorte de répétition des premières. Je vais en citer pourtant une dernière, et cela parce qu'elle aura l'avantage, tout en confirmant les bons effets de ce mode thérapeutique, de

montrer le danger, dans cette maladie, des émissions sanguines.

5e *Obs.* Un maçon, demeurant rue Blanquerie, âgé de 32 ans et de forte constitution, tombe malade en septembre 1840. Il réclame les secours d'un élève en médecine logé dans la maison. Celui-ci reconnaît un érysipèle tendant vers la gangrène, et ne croit avoir rien de mieux à faire, d'après la couleur violacée des parties, qui lui fait croire plutôt à une inflammation à un haut degré qu'à une inflammation de mauvaise nature, ne croit, dis-je, avoir rien de mieux à faire que de saigner le malade, d'appliquer des sangsues autour du siége du mal et de le recouvrir ensuite d'un cataplasme émollient.

Le soir même, l'état du malade a tellement empiré que la famille est alarmée. Je lui avais déjà donné des soins dans une autre circonstance, on me prie de me joindre à M***. Voici l'état dans lequel il se trouve : altération prononcée du visage; décubitus sur le dos; prostration des forces; langue sèche; délire presque continuel ; température des membres peu élevée; pouls fréquent, petit, sans consistance; évacuations alvines involontaires. L'érysipèle a son siége sur l'avant-bras, d'où il s'étend sur la main et sur le bras. Les parties tuméfiées sont d'un rouge violacé, lie de vin au centre, où l'on remarque une escarre arrondie d'un pouce environ de diamètre.

(Prescription : deux larges vésicatoires camphrés, assez grands pour recouvrir presque tout l'avant-bras et le dos de la main ; potion avec 1 ʒ résine de quina, 25 grains sel d'absinthe, 30 gouttes éther sulfurique, eau de fleurs d'oranger 1 ℥, sirop de gomme et eau de tilleul 4 ℥ : à

prendre par cuillerées, les trois premières de demi-heure en demi-heure, les autres d'heure en heure; sinapismes aux jambes. )

Le lendemain, au grand étonnement de mon confrère, le malade est dans les meilleures dispositions : il est assis dans son lit, le visage serein, nous invitant à panser ses vésicatoires qui le font souffrir. La langue est humide; le pouls s'est relevé et n'a qu'un peu de fréquence; la diarrhée a cessé. Les vésicatoires enlevés, nous reconnaissons que l'escarre de la veille n'a pas fait le moindre progrès, que le gonflement des parties atteintes a diminué, que la couleur est plus rassurante, que tout danger est passé. (Continuation de la potion avec la résine de quina, en réduisant la dose de l'éther sulfurique à 20 gouttes ; bouillons ; infusion de tilleul. )

Le 3e jour, l'amélioration continue, la potion est suspendue.

Le 4e jour, il prend des potages. Bientôt l'escarre se détache, et le malade n'a plus qu'une plaie simple qui ne tarde pas à guérir. »

Il est impossible de trouver de fait plus concluant que celui que je viens de rapporter, soit pour montrer le danger des anti-phlogistiques et des émollients dans ces circonstances, soit pour prouver l'effet réellement merveilleux de la résine de quina et des vésicatoires. Et cependant, quand M*** avait saigné le malade, il avait cru trouver une indication aux émissions sanguines. Mais ce que M*** avait oublié dans ce moment, c'est que l'état du pouls ne se maintient pas dans ces circonstances; c'est qu'il décline d'une manière rapide, lors même qu'on n'a pas recours aux anti-phlogistiques. Ce que M***

avait oublié, c'est que, dans les inflammations de cette espèce, le trouble qui survient dans le système nerveux général a la plus fâcheuse influence sur la marche de la phlegmasie qui passe à la gangrène, non pas parce qu'il y a afflux trop considérable de sang, mais parce que ce liquide éprouve de la peine à circuler dans des parties dont l'innervation se fait mal. C'est d'après ces données que l'indication évidente, pour prévenir la gangrène, est non pas de tirer du sang, ce qui appauvrirait d'autant plus la vie déjà si faible, mais bien de relever, par les toniques et les excitants, l'action nerveuse, afin qu'elle puisse avoir son influence ordinaire, soit sur toute l'économie, soit principalement sur le système circulatoire des parties enflammées. Il n'y a donc rien d'empirique dans le traitement que je préconise; le raisonnement justifie les succès qu'il procure, comme il rend aussi compte des fâcheux effets des anti-phlogistiques.

Pour rendre le tableau que je viens de tracer de l'érysipèle gangréneux traité par la résine de quina et les vésicatoires, plus frappant, je n'aurais qu'à lui opposer les résultats fâcheux produits par les autres modes de traitement. On verrait combien est grand le contraste qu'ils présentent : succès constant dans le premier cas ( car pour moi je l'ai toujours vu tel ), revers nombreux dans les autres. Revers nombreux, quand on s'est borné à mettre des vésicatoires sur l'érysipèle, et qu'on n'a donné à l'intérieur que des boissons émollientes et rafraîchissantes; revers plus nombreux, lorsqu'à l'emploi des émollients à l'intérieur on s'est borné à joindre celui des rubéfiants ( sinapismes ), des excitants ( fomentations avec la décoction de quina ) sur le siége du mal : revers

encore plus nombreux, lorsqu'on a fait usage des émollients à l'intérieur et à l'extérieur; revers enfin sans nombre, lorsqu'on a employé les émissions sanguines. Et par revers je n'entends pas que la mort s'en soit toujours suivie, ce qui n'est certainement pas rare; mais je veux dire que lorsque cette terminaison fatale n'a pas eu lieu, la gangrène a fait des ravages tels que les fonctions du membre en ont été notablement gênées, ou bien même que le sacrifice en a été inévitable.

Delpech était tellement convaincu de l'insuffisance des moyens employés contre l'érysipèle gangréneux, qu'il écrivait ce qui suit (1) : « On ne connaît pas de méthode de traitement qui puisse arrêter les progrès de cette maladie; seulement des procédés empiriques ont été mis en usage avec quelque succès. Nous avons vu, dans un des grands hôpitaux de la capitale, le vésicatoire et le cautère actuel employés avantageusement par notre savant ami le professeur Dupuytren. »

Qu'on rappproche ce passage des résultats obtenus, dans les observations précédentes, par la résine de quina et les vésicatoires, et l'on verra si ce genre de médication ne doit pas être adopté avec empressement.

Les mauvais succès du traitement de l'érysipèle gangréneux par les diverses méthodes que je viens de signaler en dernier lieu, sont si communs; les thèses, journaux, mémoires, en contiennent un si grand nombre d'exemples, que je puis me dispenser d'en citer aucun.

Dans la plupart de ces cas, tantôt l'érysipèle et la gangrène ont fait des progrès du premier point d'inva-

---

(1) Maladies réputées chirurgicales, tom. 1er, pag. 54.

sion dans les parties voisines ; tantôt plusieurs endroits ont été successivement affectés ; tantôt le tube digestif s'est pris consécutivement à l'érysipèle, et la phlogose qu'il subissait a marché parallèlement avec le mal extérieur ; tantôt, quoique moins souvent, c'est la poitrine, c'est le cerveau qui ont participé à la phlegmasie ; tantôt enfin, bien que la maladie n'eût pas quitté son siége primitif et n'eût pas fait des progrès très-étendus, les symptômes généraux ont pris un caractère si alarmant, l'innervation a subi une telle atteinte, que la vie n'a pas tardé à devenir impossible.

Ces résultats fâcheux ont été d'autant plus prononcés, que le traitement a été plus débilitant. Jamais, en effet, la maladie n'a fait des progrès plus effrayants que lorsqu'on a employé les émissions sanguines et les topiques émollients. Les vésicatoires, les sinapismes placés sur l'érysipèle ont pu l'enrayer quelque temps, mais la cause morbifique n'en a pas moins conservé le dessus, et des lésions plus ou moins graves n'ont guère manqué d'arriver.

On ne peut, en effet, comme je l'ai déjà dit, compter sur l'action des vésicatoires, dans l'érysipèle gangréneux, que tout autant qu'ils sont soutenus par un puissant tonique, et la résine de quina par-dessus tout.

Quant aux sinapismes, je ne sais pas, lors même que leur application serait secondée de l'administration de l'écorce du Pérou, s'il faudrait avoir beaucoup de confiance dans leur emploi. Placés sur l'érysipèle tendant vers la gangrène, ils la préviennent assez souvent, à la vérité, sur ce point ; mais assez souvent aussi, après s'être terminé par résolution dans cet endroit, l'érysi-

pèle paraît sur un autre. On le poursuit avec d'autres sinapismes placés sur ce second point ; un même effet est de nouveau produit, c'est-à-dire que la résolution ou mieux la délitescence s'opère une seconde fois. Mais tout ne se termine pas là ; car il n'est pas rare de voir la maladie faire une troisième apparition sur un autre endroit, et finir enfin par se porter sur les organes intérieurs. Il est évident, pour moi du moins, que les sinapismes n'empêchent la gangrène qu'en ranimant la vie des parties enflammées, dont la circulation allait s'arrêter en raison de l'affaiblissement de leur innervation ; mais ils ne fixent pas la maladie, ils ne la retiennent pas au-dehors ; ils ne déterminent pas cette espèce de crise artificielle, ce mouvement dépuratoire que produit le vésicatoire : aussi ce moyen m'a-t-il toujours paru dangereux. Si l'on veut, du reste, un exemple remarquable de ce mode d'agir du sinapisme et de ses funestes effets, on le trouvera dans la thèse de M. Duménу (1).

On aurait encore bien moins à attendre de l'emploi du sinapisme, si, au lieu de l'appuyer de l'action des toniques, on ne donnait à l'intérieur que les émollients.

Quant aux frictions avec l'onguent mercuriel, à la compression, qu'on a employées dans ces derniers temps, en les vantant d'abord outre mesure, en les rejetant ensuite, si j'en parle, ce ne sera certainement pas pour les recommander. Que peuvent, en effet, ces moyens contre l'érysipèle gangréneux ? Que peut l'onguent mercuriel dans une maladie qui tient à une altération du sang ? Que peut l'onguent mercuriel dans une

---

(1) N° 82, 1825, 1re obs.

maladie accompagnée des symptômes de la fièvre nerveuse? Ce qu'il peut! Il viciera encore plus les qualités du sang; il affaiblira encore plus les forces de la vie.

Et la compression! Quelle est l'indication qu'on s'est imaginé de remplir en la mettant en usage? A-t-elle pu changer le caractère de l'inflammation, modifier les conditions fâcheuses de l'état général? Lorsque la compression a réussi, si tant est qu'elle ait réussi dans l'érysipèle véritablement gangréneux, ce dont je doute beaucoup, elle ne peut avoir agi que comme moyen répercussif; on n'a donc alors guéri le malade qu'en lui faisant courir les plus graves dangers. Je reviendrai, du reste, sur l'emploi de ces deux moyens à la fin de ce travail; car ils ont été aussi mis en usage dans les deux autres espèces d'érysipèle dont j'ai à m'occuper.

Une remarque importante que j'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois et que j'ai déjà signalée, c'est que lorsque avec l'érysipèle gangréneux il existait une irritation légère du tube digestif, si on se bornait à donner à l'intérieur des boissons rafraîchissantes, émollientes, n'importe les topiques qu'on eût employés, que ce fussent même des vésicatoires, l'irritation gastro-intestinale, au lieu de se calmer par l'emploi de ces liquides, ne faisait que s'accroître et empirer, suivant presque pas à pas les progrès de l'érysipèle. Quand, au contraire, avec ce même état du tube digestif, on prescrivait la potion avec la résine de quina, l'irritation intestinale, au lieu de s'aggraver comme on eût pu le craindre, éprouvait une amélioration presque subite, marchant encore parallèlement avec la maladie extérieure dont les symptômes s'étaient fortement amendés. Ceci est rapporté d'après des

faits vus sans prévention aucune, et ayant une analogie complète avec la deuxième observation que j'ai rapportée; et ces faits, la théorie en rend la raison la plus satisfaisante. L'irritation gastro-intestinale a empiré sous l'administration des boissons rafraîchissantes, et pourquoi? Parce que cette irritation, tout aussi bien que l'érysipèle, était sous la dépendance d'un état général, contre lequel ce moyen interne était sans effet. L'état général devenant chaque jour plus grave, les lésions locales le devenaient de plus en plus aussi. Lorsqu'on employait, au contraire, la résine de quina, on voyait cette irritation disparaître par des raisons contraires : l'état général étant convenablement traité, les lésions locales participaient à l'amendement survenu dans cet état général. Rien n'est plus rationnel, on le voit, que ce traitement, qui ne pourrait trouver une contre-indication dans une irritation légère des voies digestives. Que l'on fasse attention, du reste, que si la résine de quina était capable de produire un effet fâcheux, ce serait plutôt par son action sur tout le système que par son effet local. Or, c'est précisément dans le but d'obtenir ces effets généraux que l'on administre ce remède; que peut-on donc craindre de son emploi?

Si, avec cet état de légère irritation des voies digestives, il y a prostration des forces; si le pouls est petit, sans consistance, pourquoi craindrait-on de donner des toniques qu'indique si impérieusement un érysipèle marchant vers la gangrène? Ne serait-ce pas s'arrêter à un symptôme peu grave, tandis qu'on en négligerait d'une importance bien plus réelle? Le traitement émollient serait sans effet, je le répète, contre ce premier

symptôme; bien plus il serait désastreux, puisque, l'état général venant à empirer, l'état local empirerait aussi. On aurait donc reculé sous tous les rapports, et on aurait perdu un temps extrêmement précieux, car la maladie est de celles dont la marche est rapide.

Si, au lieu d'avoir affaire à une légère irritation gastrique, compliquant l'érysipèle gangréneux, il y avait une inflammation réelle, intense du tube digestif, pourrait-on avoir recours au même remède? La question serait différente, si elle pouvait toutefois être posée de cette manière; et cela, parce que la gravité de l'état local ferait une sorte de contrepoids aux exigences de l'état général. L'état général indiquerait les toniques tout comme dans le premier cas; mais la réaction que pourrait déterminer l'état local beaucoup plus grave, rendrait leur emploi plus chanceux. Ces cas ne peuvent cependant, je crois, être que fort rares, si même il en existe, parce qu'avec le caractère nerveux des symptômes généraux une vive inflammation ne peut guère s'établir.

Que l'on suppose, enfin, ce que je n'ai jamais vu arriver, que l'irritation gastrique devienne plus prononcée par ce traitement, l'amélioration qu'on aura obtenue du côté de l'état général et du côté de l'érysipèle, n'est-elle pas de nature à compenser, et bien au-delà, un degré de plus survenu dans l'irritation des voies digestives? N'en aura-t-on pas plus sûrement et plus promptement raison? Cette irritation étant liée à l'ensemble de la maladie, ne devra-t-elle pas se ressentir du changement favorable survenu dans tout le système? Sous tous les rapports donc, le traitement tonique doit être employé; il doit l'être, parce qu'il est puissant

contre l'état général, et par suite contre l'état local; il doit l'être, parce qu'il n'est pas de nature à exaspérer l'irritation intestinale subordonnée à cet état général.

Il importe, du reste, de ne pas se méprendre sur les symptômes qui annoncent cette irritation gastro-intestinale. Une langue sèche, croûteuse, comme grillée, considérée par quelques médecins comme le signe d'une vive irritation, appartient bien moins à cet état qu'à l'ensemble des symptômes qui constituent la fièvre nerveuse; et ce ne sera pas parce qu'on verra de plus quelque rougeur à sa pointe ou sur ses bords, parce qu'il y aura une sensibilité insignifiante à l'épigastre, qu'on devra être autorisé à prononcer l'existence d'une phlegmasie excluant tout autre moyen que les émollients et les anti-phlogistiques. Cet état de la langue doit être lié à l'ensemble des autres symptômes, et je veux parler surtout des symptômes généraux; et si ces symptômes généraux forment par leur réunion la fièvre nerveuse, on se gardera des anti-phlogistiques et des émollients, on aura recours aux toniques, au quinquina.

Si l'érysipèle gangréneux, ou pour mieux dire tendant à la gangrène, venait à disparaître et se portait sur les poumons, ici encore il faudrait tenir compte et du caractère de l'affection, et des symptômes généraux que présenterait le malade. L'affection serait évidemment toujours la même, c'est-à-dire, érysipélateuse et maligne; les symptômes généraux seraient probablement aussi ceux de la fièvre nerveuse; il faudrait donc avoir recours au même traitement : à la résine de quina à l'intérieur et aux vésicatoires multipliés à l'extérieur. Ce serait à coup sûr le meilleur et même l'unique moyen

de triompher de la pneumonie. Si cette idée de donner le quina dans une inflammation des organes pulmonaires effrayait le praticien, et si à ce traitement il préférait l'emploi des anti-phlogistiques, il arriverait ce que j'ai déjà plusieurs fois exposé : c'est que la cause morbifique prendrait de plus en plus d'empire sur les forces vitales affaiblies, les symptômes généraux deviendraient de plus en plus graves, et la gangrène du poumon n'en arriverait que plus sûrement et plus tôt. Pour se décider pourtant à donner la résine de quina dans ces circonstances, il faut que la fièvre concomitante présente le cachet nerveux, ce qui ne saurait guère manquer. S'il n'en était pas ainsi, il serait prudent de s'en tenir d'abord aux vésicatoires multiples, quitte à combattre plus tard les phénomènes ataxo-adynamiques, s'ils venaient à se présenter. Pour ce qui est des émissions sanguines, je doute qu'on pût trouver indication réelle à leur emploi.

Si l'érysipèle, au lieu de se porter sur la poitrine, avait attaqué les méninges, le cerveau; ici encore on devrait peu se préoccuper de l'état local et avoir surtout égard à la nature de l'affection et aux symptômes généraux, ou, en d'autres termes, à la fièvre concomitante, ce qui obligerait probablement le médecin à mettre en usage le même traitement que dans les cas précédents.

On le voit donc, le meilleur moyen à opposer à un érysipèle gangréneux ou malin, c'est le quinquina et les vésicatoires ; le moyen, au contraire, le plus susceptible de le rendre plus grave, ce sont les émissions sanguines, générales et locales ; ce sont les émollients.

D'après ce que j'ai dit, l'érysipèle gangréneux a donc

pour caractères locaux : la couleur rouge-violacée des parties atteintes ; leur consistance pâteuse ; la limite de la mortification à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, sans production de pus. Il a pour caractères généraux les symptômes de la fièvre nerveuse.

### § II. *Erysipèle phlegmoneux.*

Cette espèce, signalée à peine par quelques auteurs sous la dénomination d'érysipèle œdémateux (1), est confondue par la plupart, soit avec l'érysipèle gangréneux, soit avec le phlegmon érysipélateux, en sorte qu'on peut dire que sa détermination est presque tout à faire. La différence qui les en sépare est cependant bien grande, puisqu'elle porte à la fois sur les symptômes locaux et sur les symptômes généraux, ce qui doit nécessairement rendre le traitement différent. On reconnaîtra bientôt la vérité de ce que j'avance. Mais voyons d'abord ce qu'en disent quelques-uns des auteurs qui en ont parlé.

Delpech, l'un d'entre eux, mêlant les symptômes de cette maladie aux symptômes de l'érysipèle gangréneux, et les décrivant collectivement sous le titre d'*érysipèle phlegmoneux*, écrit ce qui suit :

« La teinte de la peau est *très-légère* ou brune.... Le tissu cellulaire s'engorge ; mais il ne présente point l'élasticité qu'on lui trouve dans l'érysipèle simple : il

(1) En employant la dénomination d'érysipèle œdémateux, on s'expose à voir confondre cette maladie avec l'érysipèle qui survient sur des parties déjà œdémateuses depuis plus ou moins long-temps, ce qui n'est certainement pas la même chose. Aussi cette dénomination doit-elle être rejetée.

est consistant, pâteux, crépitant........ *Il ne se déclare pas toujours des escarres gangréneuses à la peau. Tandis que celle-ci conserve son intégrité*, la partie affectée se ramollit, *la couleur de la peau s'efface*. Si l'on manie la partie malade avec légèreté, on croit sentir la fluctuation; mais si l'on appuie l'extrémité des doigts avec un peu de force, on laisse une impression durable comme dans l'œdème. Si l'on incise alors les téguments, *on ne trouve pas de collection, mais seulement une infiltration purulente. Plus tard, il se forme une ou plusieurs collections de pus; la fluctuation est manifeste; et si l'on incise la peau, il s'écoule des quantités énormes de matière purulente*, et l'on voit se détacher dans la suite des lambeaux très-étendus de tissu cellulaire mortifié. »

Je demande, à présent, si une maladie qui présente de pareils symptômes peut être confondue avec l'érysipèle gangréneux. Peut-on les considérer comme identiques, lorsque dans l'érysipèle phlegmoneux la peau n'est le plus souvent que peu atteinte par la phlogose, et reste à peu près intacte ou même intacte; tandis que, dans l'érysipèle gangréneux, c'est sur elle principalement que s'exercent les plus grands ravages? Peut-on les considérer comme identiques, lorsque dans la première espèce la suppuration forme le fond de la maladie, et la mortification un accident de ce phénomène, tandis que, dans la seconde, c'est vers la destruction des tissus que tout paraît aboutir, sans qu'il y ait de traces de suppuration, sans qu'on aperçoive un atome de pus? Cette différence dans les lésions locales n'en indique-t-elle pas une dans l'état général de l'organisme? Pour faire du pus, ne faut-

il pas une exaltation des propriétés vitales, soit de tout le système, soit des parties malades? L'absence de ce produit, le développement de la gangrène, après une congestion souvent presque insignifiante, n'annonce-t-elle pas que l'innervation n'est plus la même, qu'elle a éprouvé un ébranlement fâcheux? Et n'est-ce pas ce qui a lieu réellement? Quel est le caractère de la fièvre qui accompagne l'érysipèle gangréneux? N'est-il pas nerveux? Quel est celui de la fièvre concomitante de l'érysipèle phlegmoneux? Il est inflammatoire, à un degré ordinairement très-léger à la vérité, mais inflammatoire cependant. Pourquoi donc vouloir assimiler deux maladies aussi distinctes? Est-ce parce qu'il y a mortification des tissus dans l'une comme dans l'autre? Mais cette circonstance suffit-elle pour faire passer sur toutes les différences qui les séparent? Dit-on que l'inflammation est gangréneuse toutes les fois que, pour telle cause ou telle autre, il y a mortification du tissu cellulaire pendant une phlegmasie suppurative? Non certainement. On ne peut donc confondre deux maladies qui ne se rapprochent que par le résultat des phénomènes qui les caractérisent, la mort des tissus, lorsque ces phénomènes eux-mêmes ont offert dans l'une et dans l'autre des différences si grandes. Il ne peut y avoir aucun avantage à le faire; les inconvénients sont, au contraire, frappants : une erreur dans le traitement peut en être la conséquence.

La même confusion existe dans la nouvelle édition du Dictionnaire en 21 volumes, avec cette différence seulement que les auteurs (Chomel et Blache), au lieu de décrire ces deux maladies sous la dénomination col-

lective d'*érysipèle phlegmoneux*, se servent de celle d'*érysipèle gangréneux*. Ce qu'ils disent, du reste, de cette espèce d'érysipèle est assez court : « Enfin, dans quelques cas, la gangrène ne porte que sur le tissu cellulaire et n'atteint pas la peau, comme on l'observe dans l'érysipèle du cuir chevelu, de l'occiput et de la nuque, et quelquefois dans l'érysipèle des membres. Plusieurs ouvertures se forment à la peau et permettent de voir les escarres blanches qui ont leur siége dans le tissu cellulaire. Quand ces escarres ne sont pas très-étendues, la peau qui les recouvre peut, après leur suppuration, contracter adhérence avec les parties sous-jacentes et survivre par conséquent à la gangrène du tissu intermédiaire. »

Ce que j'ai dit à propos du passage de Delpech s'applique entièrement à celui-ci. Dans un cas comme dans l'autre, il n'est pas de comparaison possible entre ces symptômes et ceux de l'érysipèle que j'ai décrit sous le nom de *gangréneux*.

Presque tous les autres auteurs (P. Frank, Boyer, Desault, etc.) confondent l'érysipèle phlegmoneux avec le phlegmon érysipélateux, ce qui n'est pas plus exact, car une grande différence sépare aussi ces deux maladies, ainsi qu'on le verra plus tard.

Voici, du reste, quelques observations de la maladie qui, seule, doit être appelée *érysipèle phlegmoneux*.

6e *Obs.* « Cannes (Hugues), âgé de 35 ans, cordonnier, d'un tempérament bilieux et d'une constitution détériorée, entre à l'hôpital Saint-Eloi en mars 1834. Il en est au 6e jour de la maladie, qui a commencé par du malaise, de l'anorexie, des frissons, etc., suivis, le

3[e] jour, de l'apparition de l'érysipèle. L'état dans lequel il se trouve est le suivant : gonflement de la jambe droite dans presque toute son étendue, marqué surtout à sa région antérieure et externe, avec rougeur légère, disparaissant en partie par la pression ; consistance pâteuse ; douleur modérée ; sentiment d'un poids fort incommode. Une légère teinte jaunâtre s'observe sur les côtés du nez, sur la commissure des lèvres et sur la langue qui est large et humide. Il y a des nausées, de la céphalalgie ; la peau a sa température normale. Le pouls, à quelque fréquence près, est naturel. (Prescription du professeur Caizergues : 1 grain émétique sur 4 tasses d'eau, à prendre de quart d'heure en quart d'heure ; large vésicatoire camphré sur le côté externe et antérieur de la jambe ; infusion de tilleul.)

Le lendemain, à la levée du vésicatoire, la rougeur est plus vive, la consistance n'est plus pâteuse ; elle a de la rénitence, de l'élasticité ; le pouls a pris quelque développement. Quant à la tuméfaction, elle est à peu près la même. (Pansement du vésicatoire ; bouillons ; infusion de tilleul.)

Le 3[e] jour, le gonflement a diminué, la rougeur est moins prononcée ; les parties offrent quelque souplesse ; le pouls a perdu de son développement anormal. (Même prescription.)

Le 6[e] jour, la jambe est revenue à son état presque naturel ; le pouls est normal depuis la veille.

Le 9[e] jour, le malade est complétement guéri. »

Les caractères qu'a présentés, à l'entrée du malade, cet érysipèle, sont donc : une tuméfaction non circonscrite, pâteuse, avec rougeur légère, accompagnée d'une

réaction presque nulle. On applique un grand vésicatoire sur le mal, et dès ce moment les caractères de la maladie sont tout autres : la rougeur prend une teinte plus vive; la consistance, de pâteuse qu'elle était, devient ferme, élastique; le pouls acquiert un développement plus marqué. Il est évident que, par l'action stimulante de ce topique, l'inflammation a changé de caractère; qu'elle présente les symptômes d'une inflammation plus franche; qu'il est à espérer, par conséquent, qu'elle aura l'une des terminaisons ordinaires à ce degré, la résolution probablement, ou peut-être la suppuration simple, sans mortification du tissu cellulaire. C'est ce qui a lieu, en effet, puisque le malade est guéri le 9e jour, selon le premier de ces modes.

Le plus grand rapport existe, on le voit, dans ce cas, entre les symptômes locaux et les symptômes généraux. Localement, la phlegmasie est légère; du côté du système entier, presque pas de sentiment de cette lésion locale; un peu de fréquence dans le pouls, une complication d'état bilieux : voilà tout ce qu'on observe. Et cependant, que la maladie eût été abandonnée à elle-même, et l'on eût vu, sans aucun doute, la suppuration se faire dans une étendue peut-être énorme, en détruisant le tissu cellulaire de toutes ces parties.

Le traitement général a consisté dans un émétique propre à faire disparaître la complication bilieuse et en une boisson légèrement excitante qui, tout en imprimant un mouvement favorable à l'organisme, secondait évidemment l'action du vésicatoire.

7e *Obs.* « Chevassut, maçon, âgé de 33 ans, d'un tempérament lymphatique-sanguin, est reçu à Saint-Eloi en juin de la même année.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il a commencé à ressentir de la douleur à la partie externe de la jambe gauche, et y a reconnu en même temps un peu d'engorgement. Il continue pourtant à travailler. La douleur, le gonflement augmentent; du malaise, du dégoût pour les aliments, de la céphalalgie surviennent; tout travail devient impossible, et Chevassut se décide à réclamer les secours de l'art. Il se présente dans l'état suivant : gonflement considérable de la jambe, avec rougeur peu intense; consistance pâteuse; cuisson très-vive; céphalalgie; soif; langue jaunâtre; pouls tant soit peu fréquent, sans développement ni dureté appréciables; peau chaude et sèche. (Prescription du professeur Broussonnet : 1 grain émétique sur 4 tasses d'eau, à donner de quart d'heure en quart d'heure; large vésicatoire camphré sur la jambe; tisane de mauve et de tilleul.)

Le lendemain, la rougeur est plus vive; la consistance, de pâteuse qu'elle était, est devenue élastique; le pouls a pris quelque développement et un peu plus de fréquence. (Pansement du vésicatoire; même tisane; bouillons.)

Le 4e jour, la tuméfaction a sensiblement diminué, les parties acquièrent de la souplesse; le pouls revient vers son état normal. (Même prescription.)

Le 10e jour, le malade est complétement guéri. »

Cette observation ne diffère de celle qui précède qu'en ce que les symptômes locaux ont constitué le commencement de la maladie; que ce n'a été que lorsque la jambe offrait déjà un certain degré d'engorgement qu'il s'est manifesté du trouble dans toute l'économie; car,

pour ce qui est des caractères de la lésion locale, ils sont les mêmes : tuméfaction sans limites distinctes; consistance pâteuse; rougeur légère, etc. etc. Et quant aux phénomènes généraux, ils se bornent à un mouvement fébrile peu marqué avec embarras gastrique.

Ici aussi, le vésicatoire a changé le caractère de la maladie. A la consistance pâteuse a succédé l'élasticité; la rougeur légère a fait place à une teinte plus vive; en un mot, une inflammation dangereuse, puisqu'elle est reconnue pour amener constamment une suppuration étendue et destructive du tissu cellulaire, a été remplacée par une inflammation franche, dont l'issue ne pouvait guère être à craindre.

Dans ce cas, comme dans le précédent, un émétique et une boisson légèrement excitante ont constitué le traitement général.

8e *Obs.* « B***, âgée de 56 ans, d'un tempérament lymphatique-bilieux, sujette à une sciatique rhumatismale et malade depuis quelques jours, réclame, à la fin de juin de cette année, les soins du docteur Auguste Lafosse (1), qui constate, chez elle, l'état suivant : tuméfaction du dos du pied et des deux tiers inférieurs de la jambe droite, avec rougeur légère, disparaissant en partie à la pression; consistance pâteuse; sensation de froid à la région antérieure de la jambe, et douleur vive immédiatement au-dessus du talon. Il existe sur la partie interne du membre quelques vésicules d'une teinte

---

(1) M. le docteur Aug. Lafosse ayant eu la complaisance de me faire voir à diverses reprises sa malade, j'ai pu prendre les notes qui ont servi à rédiger cette observation.

rouge violacée. La langue offre un aspect normal, la peau une température naturelle; le pouls est tant soit peu fréquent. (Prescription : vésicatoire sur le dos du pied et sur les deux tiers inférieurs de la jambe dans tout son contour; tilleul; bouillon.)

2e jour. La vésication s'est faite sur le dos du pied. Elle n'a pu s'opérer sur la jambe, dont l'état a cependant changé; la rougeur en est plus vive, et la consistance a cessé d'être pâteuse. (Pansement du dos du pied; nouveau grand vésicatoire sur les deux tiers inférieurs de la jambe; tilleul; bouillon.)

Le soir, à 9 heures, le vésicatoire de la jambe enlevé, on reconnaît que la vésication n'a pu encore se faire. La rougeur est franche, vive, excepté sur un point peu étendu de sa partie interne où elle est très-légèrement violacée. Il s'est écoulé depuis le matin une grande quantité de sérosité par le dos du pied. Le pouls a un peu plus de fréquence et a pris quelque développement; la langue est à l'état naturel, et la peau conserve sa température ordinaire. (Réapplication du grand vésicatoire sur la jambe; tilleul; bouillon.)

3e jour. La vésication s'est opérée sur divers points de la jambe, dont la rougeur est satisfaisante partout; la tuméfaction a un peu diminué. Le dos du pied se rapproche de l'état normal. Il y a eu dans la nuit de l'agitation, des besoins d'uriner un peu plus fréquents que de coutume, et quelque chaleur en urinant, sans aucune douleur cependant à la région vésicale. Le pouls est fréquent, avec de la tension et quelque dureté; la peau est chaude. (Pansement des vésicatoires; tisane d'orge émulsionnée; looch avec 1 ℥ sirop thridace; bouillons.)

5e jour. La jambe se rapproche de son état naturel, soit pour le volume, soit pour la consistance. Le pouls n'a que peu de fréquence ; les fonctions de la vessie se font comme dans l'état de santé ; la peau a repris sa température normale. ( Même prescription. )

Le 9e jour, la malade est complétement guérie. »

Ici encore l'application des vésicatoires substitue une phlegmasie avec des caractères francs à une phlegmasie reconnue pour tendre à la suppuration avec destruction du tissu cellulaire. Du moment où les parties érysipélateuses ont pris une rougeur plus vive et une consistance ferme, élastique, le pouls, jusque-là presque normal, devient plus fréquent, tendu et dur. La maladie rentre dans la classe des inflammations simples.

Ce qu'il faut noter dans cette observation, c'est le long espace de temps (36 heures) qu'a resté sur la jambe un vésicatoire, deux fois renouvelé, qui recouvrait la totalité de ses deux tiers inférieurs, sans qu'il ait produit d'autre effet sur la vessie que de rendre le besoin d'uriner tant soit peu plus fréquent et d'occasionner quelque chaleur en y satisfaisant : symptômes qui n'ont pas tardé à disparaître après la levée de l'épispastique. Cet exemple doit certainement rassurer ceux qui craindraient que son emploi, sous de telles conditions, ne fût dangereux pour le réservoir urinaire, attendu que douze heures de son application sont ordinairement suffisantes.

Si la vésication a tant tardé à se faire dans ce cas, il faut l'attribuer, soit à l'écoulement abondant de sérosité qui avait lieu par le dos du pied, soit à la disposition particulière de la malade ; car, pour ce qui est du topique en lui-même, on ne pouvait douter qu'il n'eût été bien préparé.

9e *Obs.* « Dans le mois d'avril 1835, on reçoit à St.-Eloi la femme P***, âgée de 54 ans, de tempérament lymphatique, malade depuis huit jours et qui se trouve dans l'état suivant : gonflement de la jambe gauche dans toute son étendue; couleur de la peau de cette partie d'un rouge clair; consistance pâteuse avec crépitation sur la partie moyenne de l'engorgement. Le pouls est fréquent, peu développé, sans dureté; la langue humide; la peau chaude et sèche. La malade nous dit qu'avant l'apparition de l'érysipèle, elle avait éprouvé pendant plusieurs jours une lassitude remarquable. (Prescription de M. Caizergues : vésicatoire assez large pour recouvrir une grande partie de la jambe; bouillon; infusion de tilleul.)

Le lendemain, la tuméfaction est à peu près la même; la rougeur est plus vive; la consistance n'est plus pâteuse. On reconnaît, à l'endroit qui présentait la veille de la crépitation, une certaine fluctuation. (Pansement du vésicatoire; bouillons; tilleul.)

Le 3e jour, incision sur le point le plus culminant de la tumeur. Deux cuillerées de pus et quelques flocons de tissu cellulaire mortifié s'en échappent. Le gonflement des parties est moins sensible; le pouls est fréquent, avec quelque développement. (Même prescription; tisane d'orge.)

Le 4e jour, l'ouverture faite à la jambe a donné encore issue à une certaine quantité de pus et à quelques flocons de tissu cellulaire. Le volume du membre se rapproche sensiblement de l'état normal. (Même prescription.)

Le 8e jour, la jambe a presque repris ses dimensions ordinaires; l'ouverture donne encore issue à une petite quantité de pus. On laisse sécher le vésicatoire (demi-quart.)

Le 14e jour, guérison de la plaie.

La malade sort le 17e jour après son entrée. »

La maladie était plus avancée dans ce cas que dans ceux qui précèdent. Dans les premiers, en effet, la consistance n'est que pâteuse; dans celui-ci elle offre, en outre, une certaine crépitation, indice de la formation du pus avec mortification du tissu cellulaire. Le vésicatoire arrête pourtant les progrès du mal; la matière purulente se réunit sur un point, et la mortification du tissu aréolaire est bornée. Son efficacité ne saurait par conséquent être mise plus en doute dans ce cas que dans les autres.

10e *Obs.* « V. M***, commis-négociant, âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique-bilieux, d'assez bonne constitution, éprouve vers la fin d'août 1841 du malaise, une fatigue inaccoutumée, de l'anorexie. Au bout de quelques jours, l'avant-bras devient douloureux, se gonfle; la partie voisine du bras et le dos de la main ne tardent pas à participer à la maladie. Il fait usage des cataplasmes émollients. La maladie faisant des progrès, il m'envoie chercher. Je le trouve dans l'état suivant: gonflement de l'avant-bras, se prolongeant sur le bras et le dos de la main, de consistance pâteuse, de couleur rosée, avec cuisson fort vive. La langue est à l'état normal, la température du corps à peine au-dessus du degré ordinaire, la peau sèche, le pouls tant soit peu fréquent. (Large vésicatoire camphré sur l'avant-bras; infusion de tilleul.)

2e jour. A la levée du vésicatoire, la rougeur est plus vive; la consistance a cessé d'être pâteuse, elle est rénitente, élastique. Il y a une douleur assez intense, qui

tient surtout au vésicatoire lui-même. Le pouls est plus fréquent et a pris de la tension, de la dureté. (Pansement du vésicatoire; bouillons; orge.)

3e jour. Le gonflement a beaucoup diminué sur le bras et la main, tandis qu'il persiste à l'avant-bras, où il offre de la rénitence dans une étendue qui paraît vouloir se circonscrire. La peau a pris de la chaleur; le pouls a toujours de la fréquence et quelque tension. (Même prescription.)

5e jour. L'engorgement s'est limité à la partie moyenne de l'avant-bras, où des douleurs pulsatives se font sentir. (Même prescription.)

8e jour. Ouverture d'un abcès formé au centre de l'engorgement, et qui fournit demi-cuillerée de pus louable, sans aucun vestige de tissu cellulaire. Le vésicatoire est presque sec. (Semoule.)

11e jour. L'ouverture ne fournit qu'une petite quantité de pus. L'avant-bras a repris son volume et sa souplesse ordinaires. (Aliments.)

15e jour. Guérison complète. »

Les caractères de la maladie sont encore les mêmes que dans les trois premières observations; et ces caractères, ils sont bientôt complétement changés par l'action du vésicatoire qui, à une inflammation dangereuse dans ses effets, substitue une inflammation franche ou à peu près franche. La résolution n'est pas à la vérité obtenue; il survient de la suppuration; mais y a-t-il une comparaison possible entre une petite collection de pus louable dans laquelle le tissu cellulaire est épargné, et ces infiltrations purulentes étendues qui frappent de mort le tissu aréolaire de tout un membre?

— Ces cinq observations, jointes à la description de Delpech et aux quelques lignes de MM. Chomel et Blache, me paraissent suffire pour déterminer les caractères de l'érysipèle phlegmoneux, auquel on peut assigner deux degrés qui ont cela de commun : que dans l'un comme dans l'autre la tuméfaction est diffuse, et la maladie a cette tendance propre à l'affection érysipélateuse, de faire des progrès vers les parties voisines.

Les symptômes particuliers à chaque degré sont les suivants :

Au premier degré, la rougeur est légère, disparaissant presque en entier par la pression, se rétablissant de suite ; la consistance est prononcée, pâteuse, les parties conservant l'impression du doigt comme dans l'œdème. La douleur est très-variable, quelquefois vive sur un point, nulle partout ailleurs, remplacée assez souvent par une cuisson fort incommode. Un sentiment de froid plus ou moins marqué se fait parfois sentir dans les parties malades, lorsque ce premier degré tend à faire place au second.

Les symptômes généraux propres à ce degré sont à peu près nuls, dans la plupart des cas, puisque l'innervation ne présente aucune trace de souffrance, que la température de la peau est normale, que le pouls, à un peu de fréquence près, est naturel. Quelquefois cependant il existe une réaction fébrile prononcée, ainsi qu'on le voit ordinairement lorsque l'érysipèle phlegmoneux a son siége sous le cuir chevelu ; ce qui tient à l'épaisseur de la peau de cette région, à la structure serrée du tissu cellulaire, au grand nombre des filets nerveux qui s'y trouvent. Cette réaction fébrile s'observe encore, n'importe le siége du mal, lorsque l'élément morbide se

trouvant surabondant, l'éruption ne se fait qu'en des proportions restreintes, le surplus paraissant rester mêlé au sang pour surexciter le système vasculaire.

Considéré au point de vue de physiologie pathologique, ce premier degré nous présente une fluxion légère, peu active, qui a cela de particulier qu'elle entrave singulièrement la circulation dans le système lymphatique des parties malades, comme le prouve l'œdème dont elles sont atteintes.

Au deuxième degré, la rougeur a le plus souvent conservé sa nuance claire primitive sur toute l'étendue du mal. Quelquefois elle est plus vive ; d'autres fois, en même temps qu'elle se conserve presque partout, telle qu'elle était d'abord, on la voit prendre une teinte violacée brunâtre, sur un point assez restreint, annonçant ainsi la formation prochaine d'une escarre ; d'autres fois enfin, disparaissant tout-à-fait, elle laisse la peau avec sa couleur normale, bien que de graves désordres se passent au-dessous d'elle. La consistance a un caractère œdémateux plus prononcé que le premier degré, et sur les points où le mal a été plus intense, la pression des parties fait éprouver une sensation de crépitation, indice de suppuration et de la mortification du tissu cellulaire. Du froid dans ce dernier point, de la douleur, de la cuisson tout à l'entour ; voilà les sensations que le malade accuse à cette époque.

Quant aux symptômes généraux, bien qu'ils soient plus marqués, ils ont encore ici communément un caractère de bénignité évident : l'innervation ne souffre nullement, et la fièvre, de nature inflammatoire, est communément légère.

La fluxion étant devenue plus active dans ce degré, la suppuration a eu lieu, et la mortification du tissu cellulaire, qui en est ici la conséquence inévitable, n'a pas manqué de la suivre. Le pus, d'abord infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire, ne tarde pas, par la mortification de ce tissu, à former des collections qui n'ont souvent pour limites que les extrémités d'un membre, d'un bras, d'une jambe, qui s'étendent parfois du coude-pied au grand trochanter, de la main au creu de l'aisselle, qui isolent complétement les muscles les uns des autres. Ce phénomène s'opère quelquefois de telle manière, que la peau décollée recouvre un membre comme le ferait un bas, un caleçon, que le cuir chevelu recouvre les os du crâne à l'instar d'une calotte.

La fièvre nerveuse, compagne inséparable de l'érysipèle gangréneux, ne peut être que fort rare dans cette espèce-ci; la nature des phénomènes qui se passent dans les parties malades en donne la raison. Ce n'est pas, en effet, avec la lésion profonde de l'innervation, avec l'affaiblissement du système circulatoire, avec la diminution des sécrétions normales, ou même avec la suspension de certaines d'entre elles que cette fièvre suppose, que la production du pus, qui nécessite une exaltation de la vie, soit dans tout l'organisme et dans les parties malades, soit dans les parties malades seulement, les forces générales conservant leur énergie ordinaire; ce n'est pas, dis-je, avec cet état que la production du pus peut se faire. Si cette fièvre se développe dans l'érysipèle phlegmoneux, ce ne peut être qu'à une époque avancée de la maladie, alors que la suppuration est déjà établie;

et presque à coup sûr, elle doit sa naissance, dans ces cas, à un traitement intempestif, à l'usage des émissions sanguines ou de tout autre moyen débilitant. Si elle survenait dans la première période par l'effet d'une semblable médication, il est très-probable que l'érysipèle phlegmoneux, au lieu de continuer sa marche ordinaire, de passer à la période de suppuration, se convertirait en érysipèle réellement gangréneux si la mort ne prévenait même cette terminaison.

On voit, par cette description, combien est grande la différence qui existe entre l'érysipèle phlegmoneux et l'érysipèle gangréneux. En effet, dans l'un comme dans l'autre, la consistance est pâteuse; mais dans l'érysipèle phlegmoneux la rougeur est légère, ou même nulle, ou bien, si elle prend une teinte foncée, ce n'est que sur un point très-restreint; tandis que dans l'érysipèle gangréneux la rougeur est constamment violacée de très-bonne heure, sur presque toute l'étendue du mal. Dans le premier, la peau reste intacte ou à peu près; dans le second, c'est sur elle que frappe surtout la gangrène, qui en détruit des portions ordinairement considérables. Dans le premier, la suppuration semble former le fond de la maladie; la mortification n'en est qu'un phénomène accessoire, pour ainsi dire local; les symptômes généraux présentent une bénignité remarquable malgré la gravité des désordres qui s'opèrent; dans le second, tout tend vers la destruction des tissus; la nature des mêmes symptômes généraux dont le caractère est très-fâcheux, rend la suppuration impossible. La différence qui sépare ces deux maladies ne saurait donc être plus grande.

On a remarqué combien est simple le traitement de

l'érysipèle phlegmoneux. Les symptômes généraux ne présentant le plus souvent qu'une réaction légère et bénigne, on se borne à prescrire une boisson à peu près insignifiante. C'est une infusion de tilleul que l'on donne le plus communément pour seconder le mouvement critique de l'organisme, un émétique que l'on prescrit pour combattre une complication bilieuse. Toute la thérapeutique semble se borner à placer sur le siége du mal un large vésicatoire qui le recouvre dans la plus grande partie de son étendue. Sous l'influence de ce topique, le caractère de l'inflammation est changé, la rougeur devient plus vive, la consistance cesse d'être pâteuse, prend de l'élasticité; les parties malades sont placées dans les circonstances les plus favorables pour que la résolution s'opère; ou si parfois la suppuration a lieu, elle est peu étendue, circonscrite, et se fait sans que le tissu cellulaire cesse de jouir de la vie. Mais l'action du vésicatoire ne se borne pas à convertir une inflammation dangereuse en une inflammation franche; elle fixe de plus la cause morbide, l'épuise, et préserve de ses atteintes les organes intérieurs.

Le vésicatoire convient parfaitement lorsque l'érysipèle phlegmoneux a son siége aux membres; mais lorsqu'il est situé à la tête, sous le cuir chevelu, peut-on l'appliquer sur cette partie? La question n'est pas sans être embarrassante. En effet, si l'on n'applique pas un grand vésicatoire sur le siége du mal, le tissu cellulaire, soit sous-cutané, soit sous-aponévrotique, l'aponévrose occipito-frontale, le péricrâne lui-même risquent beaucoup d'être mortifiés; et si on l'applique, on court la chance de voir la fluxion érysipélateuse se faire en

partie sur les méninges et sur le cerveau. J'ai été témoin d'un fait qui se rapporte au premier de ces dangers, sur le nommé Bobin (Jean), soldat, entré à Saint-Eloi le 20 juillet 1834. Pâle et maigre, il se plaignait de douleurs de tête, qu'il attribuait à la disparition récente d'une gale invétérée. Ce ne fut que dix jours plus tard que l'on examinait le siége du mal et que l'on y découvrait une collection purulente qui comprenait presque toute l'étendue du crâne. Sept ouvertures furent pratiquées sur divers points avec le bistouri, et du pus, mêlé à des flocons de tissu cellulaire, s'en échappa. Sur tous ces points, les os furent trouvés à nu, complétement dépouillés de périoste. Une huitième ouverture fut faite le 3 août. Le 20 du même mois, on reconnaissait que les os étaient encore à nu dans le fond de six de ces ouvertures. Le 27, deux de ces ouvertures étaient fermées, et le malade sortait de l'hôpital avec quatre ouvertures conduisant sur les os encore à découvert. Pendant toute sa maladie, il n'avait eu qu'une petite fièvre, parfaitement en rapport avec sa constitution détériorée et le caractère peu inflammatoire du mal.

D'un autre côté, quelques médecins, qui ont eu fait placer un large vésicatoire sur la tête pour guérir une teigne rebelle, ont vu survenir une céphalalgie très-vive, du délire, des convulsions, une fièvre intense qui n'ont disparu que sous l'emploi d'un traitement énergique.

Que faire dans de pareilles conjonctures, menacé que l'on est de toucher à l'un ou à l'autre de ces écueils ? Balancer les avantages et les dangers de l'application ou de la non application du vésicatoire. Si l'on ne fait pas

usage de ce topique sur la tête, la mortification des tissus situés entre le crâne et le cuir chevelu est certaine, seulement elle aura lieu dans des proportions plus ou moins considérables. Si l'on en fait usage, une phlegmasie des méninges, du cerveau, a-t-elle une certitude pareille? Il s'en faut de beaucoup. Le mouvement fluxionnaire a de grandes chances pour s'opérer en entier à l'extérieur ; et si, par cas, les organes encéphaliques viennent à se ressentir de ce degré de plus survenu dans la fluxion, la rapidité avec laquelle l'amendement suit l'application du vésicatoire donne de fortes raisons de croire que ces symptômes inquiétants ne tarderont pas à disparaître. Que l'on fasse attention, d'ailleurs, que la non application du vésicatoire ne met pas ces organes à l'abri de l'atteinte du mal. Son emploi ne doit donc pas être négligé.

Du reste, le diagnostic de l'érysipèle phlegmoneux du cuir chevelu échappe presque toujours, dans les premiers temps, à l'attention du médecin ; ce qui tient à la présence des cheveux, à l'épaisseur de la peau de cette région, à la structure serrée du tissu cellulaire, qui rendent difficile l'appréciation de l'engorgement, de la consistance pâteuse, qu'il serait cependant si important de pouvoir constater. On ne le reconnaît guère que lorsque tous les désordres qu'on a à redouter sont opérés.

Si, au lieu d'être appelé lorsque la maladie est à son état, alors qu'on ne peut la traiter que sur son siége même, on avait à s'en occuper lorsqu'elle est à sa première période, et qu'on eût établi un bon diagnostic, on devrait chercher à la faire avorter par des moyens

convenables. En appliquant un vésicatoire sur l'un des bras, ou même sur les deux bras, on aurait des chances de détourner le mouvement fluxionnaire ou du moins de l'atténuer. Les purgatifs pourraient bien contribuer au même but, mais je n'oserais y avoir recours que dans un cas extrême : celui, par exemple, où les méninges, le cerveau participeraient à la fluxion, quoique l'application simultanée des vésicatoires aux bras rendît pourtant moins à craindre le danger d'une métastase fâcheuse. Pour ce qui est des vomitifs, de l'émétique principalement, à employer dans la même intention, je redouterais moins leur usage. Leur mode d'agir est, en effet, différent de celui des purgatifs; ils portent généralement les mouvements au-dehors, ce qui ne peut qu'être avantageux. Cependant, comme ils constituent un moyen perturbateur prononcé; qu'ils enraient souvent une maladie qui avait besoin de suivre une marche régulière; qu'ils en provoquent parfois la délitescence; comme les exemples d'érysipèle, passés sous leur action, de l'extérieur à l'intérieur, sur des organes importants, tels que le foie, le poumon, la plèvre, ne sont pas rares, je n'aurais recours à leur administration que dans les cas où les organes encéphaliques seraient positivement menacés, ou bien dans ceux qui présenteraient une complication bilieuse, un embarras gastrique réels, sans contre-indication aucune.

Les topiques émollients doivent être complétement rejetés dans l'érysipèle phlegmoneux, tout comme dans l'espèce précédente; ils sont incapables de s'opposer au mouvement de suppuration et de destruction qui s'opère dans les tissus. Peut-être même leur effet relâchant a-t-il

quelque chose de dangereux dans ces cas où les topiques excitants produisent un changement si favorable.

Non-seulement il faut se garder de donner la préférence à ces topiques sur les vésicatoires ; mais, dans les cas même où l'on a employé ce dernier moyen, il ne faut pas chercher à calmer la douleur qu'il cause par les applications émollientes, on s'exposerait à voir reparaître les menaces de mortification que l'on a réussi à écarter. Il n'y a pas encore bien long-temps que j'ai été à même d'observer ce phénomène sur une femme à qui j'avais fait appliquer un large vésicatoire sur la jambe pour un érysipèle phlegmoneux. La douleur qu'il causait était vive ; et, pour la calmer, on crut devoir couvrir les feuilles de poirée d'une couche épaisse d'axonge. Le lendemain, la surface suppurante était violacée, lie de vin ; du sang suintait à sa surface. La malade et sa famille croyaient à l'imminence de la gangrène. La pommade épispastique, avec laquelle je fis faire le pansement suivant, suffit pour dissiper ce symptôme fâcheux. La couleur redevint d'un rouge vermeil ; le sang ne reparut plus ; la suppuration, déjà tarie, se rétablit, et la guérison reprit sa marche rapide.

Quant aux émissions sanguines, il est rare qu'on trouve indication à leur emploi. Ce ne peut guère être que dans des cas exceptionnels que les symptômes généraux se trouvent tels, qu'une saignée du bras devienne nécessaire ; encore même doit-on être alors extrêmement réservé dans leur usage, attendu qu'elles sont fréquemment suivies de rétrocession du mouvement fluxionnaire, et par suite, de phlegmasies des viscères des cavités splanchniques ou des grandes articulations. C'est un point

de pratique qui a été signalé par plusieurs bons observateurs. Je puis citer un exemple de ce genre fourni par le nommé Escal, du 2e régiment du Génie, entré à Saint-Eloi le 26 juillet 1835. Il fut saigné, de six onces seulement, pour un érysipèle phlegmoneux du dos du pied, sur lequel on plaça ensuite un vésicatoire. L'état du pouls avait semblé rendre cette saignée nécessaire. La guérison était à peu près complète le 1er août, lorsque le genou gauche devint douloureux, se gonfla, et l'articulation se remplit de liquide. Des sangsues, un vésicatoire triomphèrent en quelques jours de cette nouvelle maladie; mais, le 9 du même mois, le genou droit se prit à son tour et se remplit de sérosité. Le 19 août, le malade était guéri de cette deuxième arthrite, et cependant son état de convalescence était fort peu rassurant. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'il parvint à se remettre.

Dans un autre cas dont j'ai été témoin, une saignée également peu considérable fut bientôt suivie de symptômes nerveux fort graves et de la mort du malade au bout de quelques jours.

Quant aux sangsues à placer autour de l'érysipèle phlegmoneux, le caractère de l'inflammation me les fait considérer au moins comme inutiles.

S'il était survenu de la gangrène, comme elle ne pourrait être que très-bornée pour les raisons que j'ai déjà fait connaître; comme l'état des parties, à cette escarre près, serait le même que dans la terminaison par suppuration, propre à cette espèce; comme la fièvre concomitante serait très-probablement inflammatoire à un degré léger et bénin, il faudrait traiter la maladie

comme si cette escarre n'existait pas. Un large vésicatoire sur le siége du mal, une tisane de tilleul ou d'orge, selon les cas, seraient les moyens qu'on devrait mettre en usage. Si la maladie était cependant avancée, que la suppuration fût considérable, le vésicatoire ne serait utile que dans le cas où le mouvement fluxionnaire ne s'épuiserait pas, qu'il continuerait à s'étendre ; et, dans ce cas, il conviendrait de le placer sur le point vers lequel il se dirigerait.

Pour ce qui est de l'évacuation à donner à la matière purulente, il faut, dès qu'on a reconnu son existence et sans attendre que la fluctuation soit formée, lui ouvrir une issue par une ou plusieurs incisions convenables.

Si la différence qui existe entre les symptômes de l'érysipèle phlegmoneux et ceux de l'érysipèle gangréneux a paru tranchée, celle qui se trouve dans le traitement de ces deux maladies ne doit pas moins le paraître, puisque le vésicatoire suffit à peu près dans le premier ; tandis que, dans le second, son action a besoin d'être soutenue par les toniques les plus puissants.

Delpech, MM. Chomel et Blache, etc., ont donc eu tort de confondre ces deux maladies ensemble, de n'en faire qu'une seule. Leur séparation complète est tout-à-fait indispensable.

## § III. *Phlegmon érysipélateux.*

La dénomination de phlegmon érysipélateux me paraît de beaucoup préférable à celle de phlegmon diffus, employée, soit par Dupuytren, soit par les rédacteurs de la nouvelle édition du Dictionnaire de médecine et de chirurgie en 21 volumes, soit par plusieurs autres auteurs. Elle

convient mieux à la nature du mal, qui semble réellement se composer du phlegmon et de l'érysipèle ; elle apporte plus de clarté dans sa détermination. En se servant au contraire de la dénomination de phlegmon diffus, on se voit obligé de confondre avec le phlegmon érysipélateux certaines inflammations phlegmoneuses bien franches, qui n'ont de commun avec la maladie dont je m'occupe qu'une grande étendue et la non circonscription du gonflement, mais qui, à ces symptômes près, ne lui ressemblent plus en rien. C'est ce qui est arrivé, comme je le montrerai plus loin, à **MM. Murat et A. Bérard**, auteurs de l'art. *Phlegmon diffus*, dans le dictionnaire en question, puisqu'ils ont compris dans cette maladie, non-seulement le phlegmon érysipélateux réel, mais bien les inflammations phlegmoneuses étendues, de nature très-franche, qui surviennent à la suite de causes externes d'une grande violence.

Quelques auteurs ont appelé le phlegmon érysipélateux *érysipèle traumatique*, parce qu'il reconnaît fréquemment pour cause une lésion externe (saignée, morsure, piqûre des anatomistes, corps étrangers introduits dans les tissus, etc.). Un bien plus grand nombre (Desault, Boyer, P. Frank, Cullen, etc.) l'a décrit sous la dénomination d'érysipèle phlegmoneux, en le confondant avec cette dernière espèce. Nous verrons pourtant qu'il diffère tout autant de l'érysipèle phlegmoneux, que l'érysipèle phlegmoneux lui-même diffère de l'érysipèle gangréneux.

Les symptômes du phlegmon érysipélateux présentent deux périodes.

Dans la première période, la tumeur, encore peu

étendue et généralement assez bien circonscrite, est d'une consistance dure, nullement pâteuse. La peau qui la recouvre le plus souvent déjà d'un rouge prononcé, n'offre parfois qu'une teinte légère, à peine rosée, érysipélateuse ; tandis que d'autres fois, ce qui est beaucoup plus rare, sa coloration est normale. Un phénomène plus constant, qui ne manque peut-être jamais, ce sont des traînées rougeâtres qui se dessinent sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, et que la pression fait pour un instant disparaître. Un autre phénomène tout aussi constant, c'est l'engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques correspondants. Quant à la douleur, encore modérée, elle n'est représentée ordinairement que par une chaleur, une cuisson plus ou moins vive.

Les symptômes généraux propres à ce degré se bornent parfois à une légère surexcitation du système circulatoire, qui ne dérange en rien les autres fonctions de l'organisme; bien plus souvent, ils représentent une fièvre inflammatoire déjà assez intense.

Au deuxième degré, le gonflement n'est plus circonscrit, il est sans limites distinctes ; la consistance est plus ferme, et la rougeur, communément très-vive, se compose de la rougeur propre au phlegmon qui ne disparaît pas sous la pression, et de la rougeur propre à l'érysipèle, qui sur les parties les moins centrales de l'engorgement cède sous le doigt qui les presse. Ici encore existent les traînées rouges sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, et les ganglions qui leur correspondent, accrus dans leur volume, sont devenus plus douloureux.

Les symptômes généraux représentent, à ce degré, une fièvre inflammatoire réelle, avec ce caractère remar-

quable cependant qu'elle n'est pas en rapport avec la phlegmasie locale, qui, à son étendue, à sa rougeur vive, ferait supposer au pouls plus de dureté qu'il n'en a dans le fait : circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue dans le traitement.

Le phlegmon érysipélateux se termine quelquefois par résolution ; et, dans ce cas, cette terminaison est tantôt due à un traitement convenable, tantôt elle survient spontanément, accompagnée fréquemment de sueurs fétides qui semblent servir de crise à la maladie.

La terminaison par suppuration s'observe très-souvent. Diffus comme la maladie qui lui donne naissance, le travail pyogénique s'opère dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire dans une étendue qui, d'abord assez restreinte, finit par devenir énorme ; et partout où ce travail se fait, le tissu aréolaire est frappé de mort en proportions plus ou moins considérables. La consistance des parties où le pus se forme offre cela de particulier, que de ferme qu'elle était d'abord, elle devient molle, souple, comme cotonneuse.

De la gangrène se manifeste parfois à la peau dans le phlegmon érysipélateux, mais elle est toujours peu étendue, et de la suppuration existe constamment dans les parties sous-jacentes. Là où l'escarre s'est formée, la couleur rouge est devenue violacée, tandis que tout autour elle a conservé sa teinte purpurine. Si à ces deux circonstances on joint que la nature de la fièvre qui précède, accompagne, suit cette dernière terminaison, est constamment inflammatoire à des degrés seulement plus ou moins intenses, on verra combien est grande la différence qui existe entre le phlegmon érysipélateux don-

nant lieu à de la gangrène, et l'érysipèle gangréneux malin qui frappe la peau dans de grandes proportions, présente une couleur violacée sur la presque totalité du mal, n'est jamais accompagné de suppuration, et coexiste toujours avec la fièvre nerveuse. La distinction est par conséquent très-facile; elle le sera encore bien plus lorsque le phlegmon érysipélateux tendra vers toute autre terminaison.

Que l'on se rappelle à présent les symptômes de l'érysipèle phlegmoneux, et l'on verra qu'il diffère singulièrement du phlegmon érysipélateux, puisque le premier n'offre ordinairement qu'une rougeur légère, lors même que des désordres graves ont déjà eu lieu dans l'épaisseur des parties, que la consistance est réellement œdémateuse, et que la fièvre qui l'accompagne est remarquable par son peu d'intensité. Je reviendrai, du reste, sur les caractères différentiels de ces trois espèces.

Si la maladie n'a pas une trop longue durée; s'il ne se forme pas des foyers de suppuration trop nombreux, trop étendus; s'il ne survient pas de phlegmasie des organes intérieurs, la fièvre qui a conservé son caractère inflammatoire devient chaque jour plus légère et finit par disparaître. Mais si le contraire a lieu; si le malade est accablé par l'abondance de la suppuration; s'il s'est développé des phlegmasies suppuratives du foie, des poumons; s'il est survenu du dévoiement, des sueurs colliquatives, cette fièvre, par une transition plus ou moins sensible selon les cas, passe du caractère inflammatoire au caractère hectique ou adynamique.

Tels sont les symptômes du phlegmon érysipélateux, qui, à la consistance ferme du phlegmon franc, joint la

diffusion du gonflement, la rougeur de l'érysipèle, les traînées rougeâtres sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, l'engorgement de leurs ganglions, et qui a pour caractères généraux les symptômes de la fièvre inflammatoire. Rien de plus précis, par conséquent, que les caractères qui lui appartiennent. Mais cette précision ne peut exister que tout autant qu'on se sert de la dénomination de phlegmon érysipélateux; car si, à l'exemple de Dupuytren, de MM. Murat et A. Bérard, etc., on emploie celle de phlegmon diffus, on se trouve forcé de comprendre dans la description une maladie qui n'est nullement le phlegmon érysipélateux, qui en diffère notablement par sa nature, ses symptômes, et dont le traitement doit par conséquent être différent.

Ainsi MM. Murat et Bérard, après avoir reconnu au phlegmon diffus la plupart des symptômes que je viens de signaler, ajoutent : « Mais lorsque la maladie succède à une grande amputation, à l'écrasement d'un membre, à une fracture compliquée, à l'infiltration dans le tissu cellulaire d'un liquide irritant, ou à d'autres causes qui ont agi principalement d'une manière locale, le *développement de l'inflammation est plus franc*, et on peut en suivre la marche avec plus de facilité. *Les symptômes sont alors ce qu'ils sont dans le phlegmon circonscrit; mais ils existent avec une beaucoup plus grande intensité, etc.* » Pourquoi donc, si l'inflammation est plus franche dans ces derniers cas; pourquoi, si ses symptômes sont ceux du phlegmon circonscrit, à une plus grande intensité près seulement, pourquoi confondre cette maladie avec le phlegmon érysipélateux? Le traitement peut-il être le même et dans l'une et dans

l'autre? ..... Je ne puis donc que répéter que la dénomination de phlegmon diffus, en tant qu'elle embrasse ces deux maladies, est éminemment vicieuse; qu'elle doit être restreinte aux inflammations franches, sans limites distinctes, telles que celles qui sont produites par des causes d'une grande violence; tandis que la dénomination de phlegmon érysipélateux doit être réservée pour la maladie dont je m'occupe dans ce moment, et qui semble réellement composée du phlegmon et de l'érysipèle.

Le traitement le plus généralement employé contre le phlegmon érysipélateux étant le traitement anti-phlogistique pur, il me paraît d'une haute importance d'apprécier d'une manière exacte sa valeur. Or, je ne trouve rien de mieux pour y procéder que d'ouvrir la *Clinique chirurgicale* de Dupuytren, où les cinq cas de cette maladie qui y sont rapportés ont tous été traités de cette manière.

Dans la première (2e) observation de phlegmon diffus donnée par Dupuytren, il s'agit d'une femme de 68 ans qui se fait, en tombant, une contusion assez forte à la jambe, sans complication de plaie. La partie contuse se tuméfie, devient rouge; la fièvre se déclare. On la mène alors seulement (20 jours après l'accident) à l'hôpital.

La jambe présente, à cette époque, un volume considérable, et est le siége d'une inflammation très-vive; l'épiderme est détaché sur plusieurs points. A l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, il existe, sur sa face interne, une escarre noire, arrondie, de 2 pouces d'étendue, tout autour de laquelle on reconnaît, ainsi que sur plusieurs autres endroits, une fluctuation ma-

nifeste. On incise l'escarre , et on arrive jusqu'au foyer, d'où s'écoule une quantité considérable de pus sanieux très-fétide. Une contre-ouverture, pratiquée supérieurement, donne issue à un liquide de même nature. La peau est décollée sur plusieurs points. On pratique *une petite saignée;* on donne des lavements; on fait prendre un bain. L'escarre se détache le 4e jour, et laisse une large ouverture, par où s'écoule en très-grande abondance un pus fétide. Le 5e jour, le mal *fait des progrès et s'étend bientôt sur la plus grande partie du membre,* « *malgré les applications réitérées de sangsues que l'on a faites.* » L'observation s'arrête là.

Dans la seconde (3e) observation, une saignée du pied, faite à une femme de 25 ans, donne lieu à de la douleur, du gonflement dans cette région. La tuméfaction s'étend bientôt à la jambe, dont la peau est rouge, chaude, tendue; des douleurs vives s'y font sentir, et sont accompagnées d'insomnie et de fièvre brûlante. On applique des sangsues, *à diverses reprises* et *en grand nombre;* on fait prendre des bains; on couvre le pied et la jambe de cataplasmes émollients. Malgré l'emploi de ces moyens, l'inflammation continue à se propager et gagne le genou. La jambe prend un volume énorme; plusieurs points de fluctuation s'y font sentir. Bientôt l'inflammation la plus intense envahit toute l'extrémité; les idées de la malade se troublent; le délire survient; des envies de vomir, le dévoiement, une sensibilité morbide à l'abdomen se manifestent. C'est alors qu'on la conduit à l'hôpital.

On pratique une *saignée du bras*, et, sur le dos du pied, deux longues incisions qui donnent issue à une

grande quantité de pus fétide et sanieux ; on en fait une troisième à la partie supérieure et externe de la jambe, où existait également une vaste collection purulente. Le délire continue, les vomissements persistent. *(30 sangsues à l'épigastre.)*

La gangrène détruit la peau du dos du pied et met les tendons extenseurs à nu. L'accablement est grand ; le dévoiement continue ; la cuisse est le siége d'une tuméfaction considérable et d'une inflammation des plus intenses. *(40 sangsues sur cette partie.)* Un peu d'amélioration se manifeste. Cependant une nouvelle collection purulente se forme à la région inférieure externe de la cuisse ; on l'ouvre, et il en sort une prodigieuse quantité de pus sanieux.

Le décollement de la peau du pied et de la jambe faisant chaque jour de nouveaux progrès, Dupuytren se demande s'il n'y a pas urgence de faire l'amputation du membre. L'extension du mal à la cuisse, la violence de la fièvre, le dévoiement le retiennent. La malade finit par guérir, après quatre mois environ de séjour à l'hôpital.

Dans la troisième (4e) observation, un maçon, âgé de 27 ans, a le petit doigt de la main gauche mordu, dans une rixe, par un de ses camarades. Le lendemain, il est déjà survenu de la tuméfaction ; elle s'étend bientôt à la main et à l'avant-bras.

Dix jours plus tard, il entre à l'Hôtel-Dieu, le bras gauche d'un volume plus que double du volume naturel ; la peau en est chaude, fortement tendue et douloureuse. La fièvre est forte. *(Large saignée du bras* ; cataplasmes émollients ; boissons adoucissantes ; diète rigoureuse.)

Le 12^e^ jour, amélioration. La partie supérieure de l'avant-bras est pourtant toujours tendue et douloureuse. (30 *sangsues.*) Le 15^e^ jour, ouverture d'un abcès vers la tête du radius. Le 17^e^ jour, coliques, léger dévoiement. (Demi-lavement avec laudanum.)

Au bout de huit jours, les symptômes d'irritation intestinale ont cessé ; cependant l'inflammation continue à faire des progrès, et le 29^e^ jour on ouvre un autre abcès à la partie moyenne et externe du bras. Plus tard, un autre petit abcès est ouvert à la partie antérieure de l'avant-bras. La guérison n'a lieu que deux mois après l'accident.

Dans la quatrième (5^e^) observation, il s'agit de la femme Renout, âgée de 47 ans, qui s'introduit une épine dans le doigt médius. Le doigt, la main, l'avant-bras, le bras ne tendent pas à se tuméfier; des symptômes d'irritation gastro-intestinale se déclarent.

Trois semaines après l'accident, elle entre à l'hôpital. Tout le membre thoracique offre un volume trois fois plus considérable que dans l'état naturel ; les symptômes d'étranglement sont portés à un haut degré ; le pouls est rapide, la peau chaude et sèche, la langue aride, le ventre douloureux à la pression. (*Saignée du bras;* cataplasmes émollients.) Le lendemain, elle va un peu mieux. (40 *sangsues sur le membre ;* bains locaux, cataplasmes.)

Le 5^e^ jour, gonflement douloureux au genou avec fluctuation, sans changement de couleur à la peau. (20 *sangsues* ; émollients.) Le 7^e^ jour, ouverture de plusieurs abcès à la main, à l'avant-bras; les os sont dénudés. L'état de la malade est très-fâcheux.

La tuméfaction diminue à l'extrémité supérieure ; mais elle a augmenté à l'inférieure, et s'est étendue à la cuisse et au mollet. Les symptômes gastriques deviennent plus graves ; la tête se prend, et la malade succombe le 9e jour.

Enfin, dans un dernier exemple cité par Dupuytren, un homme fait une chute sur le genou. Un phlegmon érysipélateux survient et s'étend rapidement à la jambe et à la cuisse, malgré l'emploi des *saignées*, des *sangsues*, des débridements. L'aponévrose fémorale est mise à nu ; le tibia et la rotule paraissent couverts de leur seul périoste ; la jambe entière reste privée de tissu cellulaire et de peau.

Voilà donc cinq observations de phlegmon érysipélateux qui, toutes, ont été traitées de la même manière, par les anti-phlogistiques seuls, et dans lesquelles le résultat est loin d'avoir été satisfaisant. Nous voyons, en effet, dans la première que, le 5e jour, époque où cette observation s'arrête, je ne sais pourquoi, le mal a fait des progrès tels, qu'il s'étend sur la plus grande partie du membre abdominal, et cependant il a été pratiqué une saignée, il a été fait des applications réitérées de sangsues.

Dans la seconde et la troisième, malgré une saignée générale, malgré plusieurs applications de 40, 30, 20 sangsues, les malades, après avoir couru les dangers les plus graves, ne parviennent à guérir qu'au bout de quatre mois, pour l'un, au bout de deux mois, pour l'autre.

Dans la quatrième observation, la femme Renout meurt le 9e jour.

Dans la cinquième, le résultat a certainement été le même, quoiqu'on n'en parle pas.

Ainsi, sur cinq cas, les seuls rapportés par Dupuytren, ce qui ne doit pas être perdu de vue, il y a une mort certaine, deux morts plus que probables, et deux guérisons obtenues seulement après quatre et deux mois de vives souffrances, les malades ayant été même sur le point de périr.

Eh bien! je dis, et tout le monde sera certainement de mon avis, que, lorsqu'un mode de traitement produit de pareils résultats, il faut absolument l'abandonner, ou du moins le modifier d'une manière profonde. Or; que fait Dupuytren après avoir rapporté ces cinq cas? Ce qu'il fait! Il constate, il déplore l'insuffisance des antiphlogistiques, et cependant il croit devoir conseiller encore leur emploi exclusif. Il a bien un instant l'idée de recommander le vésicatoire, attendu qu'il écrit : «Il est enfin une méthode que nous avons employée avec quelque succès : c'est un large vésicatoire appliqué sur la plaie et la peau qui l'environne; l'irritation qu'il occasionne et la suppuration empêchent quelquefois le développement du phlegmon (1).» Mais il semble craindre de s'engager dans cette voie, car il ajoute à la page suivante : «Si les symptômes persistent et s'accroissent, nous n'oserions pas conseiller les vésicatoires. Nous en avons obtenu des effets si différents, que nous craindrions de les appliquer. Quelquefois nous avons déterminé par ce moyen une heureuse résolution; mais d'autres fois, quoique très-rarement, il est vrai, des escarres en ont été le résultat évident. Nous sommes bien aise

---

(1) *Loc. cit.*, 1re édition, pag. 320.

d'insister sur ce point; car on a beaucoup exagéré, dans des thèses et des ouvrages, les succès que nous en avons obtenus. Ce n'est pas dans le phlegmon, mais bien dans presque tous les cas d'érysipèle que nous conseillons et que nous employons avec beaucoup d'avantages le vésicatoire; mais s'il est quelquefois nuisible dans le phlegmon, plus souvent encore il paraît n'exercer aucune influence sur son développement.»

Ce que j'ai d'abord à dire sur ces deux passages, c'est qu'avec un grand nom scientifique il est souvent permis de faire imprimer des choses devant lesquelles on s'incline pour si étranges qu'elles soient, tandis qu'émises par un nom peu connu, elles soulèveraient les justes réclamations de tous les médecins.

Il y a d'abord contradiction entre ces deux passages, le vésicatoire étant en quelque sorte conseillé dans le premier, tandis qu'il est déconseillé dans le second. Et ensuite, que signifie la fin du second passage, à partir de ces mots : «Ce n'est pas dans le phlegmon, mais bien dans tous les cas d'érysipèle, que nous conseillons et que nous employons avec beaucoup d'avantages le vésicatoire, etc.»? S'agit-il ici d'un véritable phlegmon, d'un phlegmon franc? N'est-il pas question du phlegmon érysipélateux? Et qui s'aviserait d'appliquer un vésicatoire sur un phlegmon franc? Qui est-ce qui s'aviserait encore de mettre un vésicatoire sur l'érysipèle simple, comme il faut l'entendre par cette citation? N'est-il pas reconnu que cette espèce peut fort bien se passer de ce moyen; que c'est même sur cet érysipèle que le vésicatoire a le moins de puissance; qu'il ne peut l'arrêter, le fixer, ainsi que cela a lieu dans les érysipèles gangréneux et

phlegmoneux? Il y a donc dans cet article, et contradiction, et confusion véritablement extraordinaires.

Ce qui est bien positif, c'est que dans le phlegmon érysipélateux, il y a autre chose qu'une simple inflammation; l'insuffisance des anti-phlogistiques dans ces cinq cas le prouve de reste. Et s'il en est ainsi, pourquoi s'en tenir à ces moyens seuls? Ce qu'il y a de non moins positif, c'est que les émissions sanguines, lors même qu'elles ont été modérées, ont bientôt mis le pouls et les forces dans un état tel, qu'on ne peut persister davantage dans leur emploi. C'est, d'ailleurs, ce que Dupuytren, malgré sa prévention pour l'emploi exclusif de la méthode anti-phlogistique, reconnaît fort bien, puisqu'il recommande de ne pratiquer qu'une ou deux petites saignées. « Je dis *petites*, ajoute-t-il, car, par de larges évacuations sanguines, on pourrait craindre avec raison de jeter le malade dans un état fâcheux d'adynamie ou même d'ataxie. » Mais que fait donc ce chirurgien lorsque la maladie persiste? Le voici : il a recours aux saignées locales, aux sangsues. Il poursuit le mal par une ou plusieurs applications de 20, 30, 40 de ces annélides, et il ne s'arrête que lorsque l'épuisement produit par ces pertes de sang, par l'abondance de la suppuration, par le dévoiement, les sueurs, est tel, que le malade se trouve dans l'impossibilité la plus évidente de les supporter davantage, sans risquer de perdre le peu de vie qui lui reste. Ce qui prouve, d'ailleurs, je le répète, mieux que tous les raisonnements possibles, le peu de rationalité, le danger du traitement employé par Dupuytren, c'est le résultat qu'il a eu dans les cinq cas qu'il rapporte. Au lieu donc de le recommander, comme il le fait, il

eût dû en démontrer l'insuffisance, et examiner avec plus d'attention si la modification sur laquelle il hésitait n'était réellement pas de nature à devoir être adoptée. Pourquoi, en effet, si les anti-phlogistiques ne peuvent enrayer le mal, le rendent si grave dans ces cinq cas, pourquoi ne pas les soutenir de l'emploi des vésicatoires, puisque, dans le passage que je viens de citer, il dit : « Quelquefois nous avons déterminé, par ce moyen, une heureuse résolution; mais d'autres fois, quoique *très-rarement*, il est vrai, des escarres en ont été le résultat évident » ? Un pareil résultat, en supposant même que le vésicatoire employé dans des circonstances convenables produise la gangrène, ce que je me permets de nier formellement; un pareil résultat n'est-il pas préférable au traitement anti-phlogistique pur, qui, sur cinq cas, donne lieu à trois morts, et ne produit la guérison dans les deux autres qu'après des accidents fort graves et une maladie de longue durée?

Si des escarres ont été le résultat de l'application du vésicatoire, cela ne peut être arrivé que dans des circonstances où le traitement interne n'aura pas été adapté d'une manière convenable à l'état général, parce que, toutes les fois que ce traitement interne et les symptômes généraux ont été dans un rapport convenable, non-seulement cet accident n'est pas survenu, mais il y a eu amélioration aussi manifeste que possible. C'est du moins ce que j'ai vu constamment dans des cas nombreux; et ceci est en accord trop parfait avec la théorie pour qu'il puisse y avoir quelque exception. Pour que l'assertion de Dupuytren eût quelque valeur, elle devrait donc être présentée avec des explications qui manquent,

et sans lesquelles elle ne peut qu'être rangée parmi les allégations hasardées dont fourmille la *Clinique chirurgicale* de cet auteur.

Je ferai remarquer, du reste, que les symptômes signalés dans ces cinq observations sont entièrement conformes à ceux que j'ai dit être caractéristiques du phlegmon érysipélateux, savoir : tuméfaction diffuse, consistance dure, nullement œdémateuse, rougeur vive, etc. ; et lorsqu'il est survenu de la gangrène, ce n'a été que sous forme d'escarre très-bornée, accompagnée toujours de collection purulente dans les parties sous-jacentes.

La meilleure méthode pour établir une bonne thérapeutique consiste à analyser la maladie, à voir de quels éléments elle se compose, afin de les attaquer les uns et les autres par des moyens convenables. Or, le phlegmon érysipélateux peut être considéré, je l'ai déjà dit, comme composé du phlegmon et de l'érysipèle ; il faut donc combattre ces deux éléments par une médication appropriée. Les anti-phlogistiques sont applicables au phlegmon ; les vésicatoires conviennent à l'érysipèle.

On doit, en conséquence, commencer le traitement par le premier de ces moyens : les saignées, soit générales, soit locales, en les mettant en rapport avec les diverses conditions que présente le sujet, et les appuyant de l'emploi des boissons rafraîchissantes, des cataplasmes émollients ; on les fait suivre plus tard de l'application du vésicatoire.

Si l'administration de ces divers moyens est bien combinée, si l'on a pu leur joindre les dérivatifs, il est probable qu'on parviendra à arrêter les progrès du mal, à obtenir sa résolution, surtout si l'on est appelé lorsqu'il

est encore à sa première période. Le traitement devant présenter du reste quelque différence, selon qu'on prend le phlegmon érysipélateux à son début ou qu'on le trouve à son état, il convient de l'examiner à ses divers degrés.

Lorsqu'on est appelé dans le premier degré, il importe, encore plus qu'à toute autre époque, de savoir si la maladie s'est développée spontanément, ou bien si elle a été produite par une cause occasionnelle externe; car la conduite du médecin doit être différente et dans l'un et dans l'autre cas. Dans le dernier, en effet, qui est de beaucoup le plus commun, il faut avoir en vue de faire avorter le mal par des fluxions artificielles qui détournent les mouvements morbides de la partie affectée. En se conduisant ainsi, on a de grandes chances d'écarter une maladie qui, fréquemment, a une terminaison funeste, et l'on y parvient sans avoir fait courir le moindre danger à celui qui en est atteint. Dans le second, au contraire, tout en modérant le travail qui s'opère, il faut le respecter, craindre de le déplacer, de peur qu'il ne se dirige sur l'un des organes des cavités splanchniques. On doit, en effet, supposer à une maladie qui se développe spontanément une somme bien plus grande de levain morbide, qu'à celle qui ne survient que par l'effet d'une cause occasionnelle. La première a besoin de s'épuiser en entier; elle contre-indique l'emploi des moyens qui pourraient la troubler dans sa marche, pourvu que celle-ci ne soit pas trop orageuse, pourvu qu'elle n'ait pas son siége dans un lieu dangereux. La seconde n'exige pas les mêmes précautions; elle semble n'être d'abord que locale, et si on la laisse se développer, elle consti-

tuera plus tard un mal trop grave, pour que le médecin ne doive pas chercher à l'arrêter.

Le phlegmon érysipélateux, à sa première période, étant donc supposé dû à une cause occasionnelle externe, on commence par avoir recours aux émissions sanguines générales ou locales, selon les conditions que présente le sujet, son âge, sa constitution, etc.; on applique des cataplasmes émollients; on prescrit des bains locaux de même nature; on met le malade à l'usage d'une boisson rafraîchissante. Voilà, pour la première indication, l'élément inflammatoire. Quant au second, l'élément érysipélateux, on le combat par un purgatif tel que le sulfate de soude, l'huile de ricin, et du moment où la surexcitation générale est un peu calmée, on fait placer un vésicatoire sur une cuisse, une jambe, si c'est un bras qui est affecté; ou bien sur le membre inférieur sain, si c'est sur l'autre que s'est porté le mal. Il est très-probable, si l'administration de ces divers moyens est bien conduite, que le phlegmon érysipélateux, pour si menaçant qu'il soit, s'arrêtera dans sa marche et se résoudra bientôt. Cette méthode m'a du moins réussi dans plusieurs cas très-remarquables, que je ne rapporte pas pour ne pas donner trop d'extension à ce travail. L'emploi du vésicatoire comme dérivatif, et sur un point autre que le siége du phlegmon érysipélateux, m'a paru généralement avantageux à cette première période, attendu que la maladie, quoique due à une cause externe, survient souvent chez des individus sujets à des mouvements fluxionnaires, ou bien qu'elle se développe sous l'influence de conditions atmosphériques qui rendent nécessaire l'usage de l'épispastique.

Si le phlegmon érysipélateux s'était développé spontanément, je redouterais, ainsi que je l'ai déjà fait observer pour l'érysipèle phlegmoneux , l'emploi des purgatifs. Ils apportent une trop grande perturbation dans les mouvements de l'organisme pour ne pas avoir à craindre que la fluxion ne se porte vers la tête, la poitrine, le foie. Un vésicatoire placé sur un point éloigné du mal ne présenterait pas le même danger : il attirerait à lui une partie de la fluxion , sans rien faire craindre pour les cavités splanchniques ; mais ce vésicatoire, ne pouvant suffire à lui seul pour contrebalancer le travail qui se passe dans le phlegmon, deviendrait probablement inutile, à moins d'une indication particulière ; il ne pourrait dispenser probablement d'en appliquer un sur le siége du mal.

Ainsi donc , dans ce cas , celui où le phlegmon érysipélateux à son premier degré s'est développé spontanément, si, après avoir mis en usage les anti-phlogistiques, que l'on a proportionnés aux conditions que présente le sujet, après avoir maintenu sur le phlegmon des topiques émollients , l'on voit que le mal , au lieu de présenter un amendement réel , continue à faire des progrès , il faut avoir recours aux larges vésicatoires, qu'on place sur le siége du mal : c'est, à mon avis , la ressource la plus efficace que l'on ait dans ce moment. Elle est parfaitement adaptée à la cause qui entretient la phlegmasie ; elle doit la fixer, l'épuiser en quelque sorte, en même temps qu'elle change le mode fâcheux selon lequel s'opère le travail inflammatoire. Le médecin doit d'ailleurs être d'autant plus porté à mettre ce moyen en usage, que ses bons effets dans les érysipèles phlegmoneux et gangréneux sont on ne peut plus remarquables, et que,

s'il ne le met pas à profit, le mal abandonné à lui-même, ou traité, soit par les anti-phlogistiques continués, soit de toute autre manière, ne peut que faire des progrès de plus en plus alarmants.

Que le vésicatoire ne procure pas toujours la résolution; que, malgré son application, il survienne de la suppuration, c'est possible; mais s'il y a de la suppuration, elle constituera un abcès circonscrit, peu étendu, unique; le tissu cellulaire sera sauvé de la mortification; les organes intérieurs seront préservés; la maladie se bornera là, sa durée ne sera pas longue.

Si l'on est appelé dans la deuxième période, alors que le phlegmon érysipélateux est à son état, le traitement doit être à peu près le même, que la maladie se soit développée spontanément ou qu'elle soit survenue à la suite d'une cause occasionnelle externe; on ne peut plus se flatter de déplacer la fluxion, il faut se résoudre à la combattre sur le siége qu'elle s'est choisi. Alors, après l'emploi préalable des anti-phlogistiques, après l'emploi des topiques émollients, et lorsque la surexcitation générale et locale est sensiblement calmée, ce qui arrive du 2e au 4e jour; alors, il ne faut pas hésiter à recourir à l'application d'un large vésicatoire sur le siége du mal. On substitue, comme je viens de le dire, une inflammation franche à une inflammation de mauvaise nature dont les résultats ne sont que trop connus, et l'on prévient la série des phlegmasies par sympathie, qui aggravent si fortement l'état du malade. Telle est la conduite que le médecin me paraît devoir tenir dans cette deuxième période, qui n'exclut pas à la rigueur les révulsifs (vésicatoire sur un point éloigné, purgatifs), dans laquelle

ils sont moins dangereux, mais dans laquelle aussi ils ont un effet bien moins certain que lorsque la maladie ne fait que de commencer.

Si de la suppuration est survenue, on pratique les incisions convenables sur le lieu où elle a son siége, sans attendre que la fluctuation soit formée, ce qui augmenterait les chances de destruction du tissu cellulaire ; et si l'inflammation continue à faire des progrès vers les parties voisines, on applique alors un large vésicatoire. Aucun autre moyen n'est capable d'arrêter le mal qui semble prendre à chaque instant plus de force, au lieu de s'épuiser dans le travail pyogénique. Il faut seulement avoir l'attention de placer l'épispastique en deçà ou au-delà des incisions, sur le lieu vers lequel il fait des progrès.

Enfin, dans le cas où le phlegmon érysipélateux s'est terminé par gangrène, on doit tenir compte de l'état des parties sur lesquelles se trouve l'escarre et de la fièvre concomitante. Tout autour de l'escarre, on trouve des preuves d'une inflammation réelle, vive, signalée par le caractère de la rougeur, par la consistance des parties qui n'ont rien de pâteux, par la présence d'une collection purulente. L'état du pouls, l'ensemble des autres symptômes annoncent une fièvre inflammatoire ; il faut donc mettre en usage les topiques émollients, et prescrire à l'intérieur une boisson de même nature. L'usage des toniques n'est ici nullement indiqué ; il serait tout aussi déplacé qu'il est avantageux dans l'érysipèle gangréneux proprement dit. Si, malgré l'emploi de ces moyens, malgré la diminution qu'ils ont apportée dans les symptômes inflammatoires, la fluxion érysipélateuse persiste.

fait des progrès vers les parties voisines, un large vésicatoire devient encore nécessaire sur le siége du mal.

Le vésicatoire me paraît donc, dans le phlegmon érysipélateux, un moyen tout aussi précieux que dans l'érysipèle gangréneux et dans l'érysipèle phlegmoneux; seul, il peut arrêter la maladie, la fixer, changer sa nature; mais, pour en retirer ces bons effets, il faut préalablement avoir combattu l'élément inflammatoire et l'avoir amené à cet état où il n'est pas susceptible de trouver une nouvelle vie dans la douleur, la réaction que détermine l'épispastique.

Je vais rapporter quelques observations qui ne laisseront, je l'espère, aucun doute sur l'avantage de ce traitement.

11e *Obs.* « En juillet 1832, on recevait à Saint-Eloi un soldat, âgé de 24 ans, de tempérament lymphatique-sanguin, qui présentait au membre supérieur gauche un gonflement considérable, comprenant l'avant-bras et une partie du bras. La couleur en était d'un rouge vif, la consistance ferme, nullement pâteuse; une cuisson incommode s'y faisait ressentir. Le pouls, quoique fréquent, n'avait que peu de développement et de dureté. La soif était ardente; la langue légèrement blanchâtre et rouge à la pointe.

Ce militaire était évacué de l'hôpital d'une petite ville voisine, où l'on s'était borné à lui prescrire, pour tout traitement, la diète, les boissons adoucissantes, les cataplasmes émollients.

Delpech, alors de service, prescrivit une saignée du bras, ainsi qu'un large vésicatoire à mettre immédiatement après la saignée sur le membre, de manière à re-

couvrir les deux tiers supérieurs de l'avant-bras et le tiers inférieur du bras.

Le lendemain, l'état du membre malade était à peu près le même que la veille; le pouls avait pris de la tension.

Le 3e jour, l'amélioration était sensible, les parties avaient plus de souplesse, le gonflement avait diminué, la rougeur s'était éclaircie.

Le 11e jour, le membre avait repris son état normal sans qu'il fût survenu le plus petit abcès. »

Ce fait, le premier de cette espèce dans lequel je voyais employer un semblable traitement, me frappa vivement, et si jamais j'ai cru à une suppuration énorme, à de la gangrène, c'est bien alors. Placer un vésicatoire sur des parties si gonflées, si rouges, si consistantes, me parut fort téméraire. Une saignée était faite, à la vérité, auparavant; mais l'application du topique la suivait de si près, qu'il paraissait douteux qu'elle pût produire assez tôt sur le siége du mal une détente convenable. Il était fort à craindre que la douleur, l'excitation que l'épispastique allait produire n'augmentassent le mouvement fluxionnaire, ne rendissent l'inflammation plus forte et n'amenassent ce que l'on voulait précisément éviter: une suppuration abondante ou la gangrène. Malgré ces craintes assez fondées, la résolution a lieu. N'est-il pas évident, d'après cela, que l'on avait affaire non pas à une inflammation franche qui n'eût pas manqué d'empirer sous un pareil traitement, mais à une maladie composée, ainsi que je l'ai déjà observé, de deux éléments, l'élément inflammatoire et l'élément érysipélateux, qu'on attaquait l'un et l'autre d'une manière avan-

tageuse ? Si l'on se fût borné à la saignée, que serait-il arrivé? L'élément érysipélateux eût persisté, eût peut-être joué le rôle de l'épine; l'inflammation eût reparu sous son influence, et on eût probablement vu se dérouler une scène analogue à celles dont on a été témoin dans les observations de Dupuytren, c'est-à-dire à une suppuration abondante et destructive du tissu cellulaire, à des abcès successifs, à des phlegmasies viscérales, soit sympathiques, soit par rétrocession de la cause morbide. Que l'on eût imité le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, que l'on eût poursuivi le mal sur les points principaux, où il se serait développé, par des applications de sangsues, on eût affaibli de plus en plus les forces vitales, augmenté d'autant la puissance du principe morbifique, et l'état du malade se fût progressivement aggravé jusqu'à ce que peut-être la mort s'ensuivît.

Malgré le succès de ce traitement, je crois qu'il ne faudrait pas, dans de semblables circonstances, imiter tout-à-fait Delpech; car, je le répète, le vésicatoire me paraît beaucoup trop rapproché de la saignée. Après avoir pratiqué l'émission sanguine générale, il faudrait mettre en usage, dans le même jour, les bains locaux émollients, les cataplasmes de même nature. Le lendemain, on en viendrait aux saignées locales, aux sangsues placées autour des parties enflammées. Enfin, le troisième jour environ, s'il n'y avait pas d'amélioration sensible, on placerait un large vésicatoire qui recouvrirait la plus grande étendue des parties enflammées. La diète, une boisson émolliente compléteraient le traitement. Telle est la conduite qu'on aurait à tenir dans la plupart de ces cas.

Du reste, si nous rapprochons les symptômes locaux de la maladie de ce soldat, des symptômes généraux qu'il présentait, nous verrons qu'ils ne sont pas en rapport les uns avec les autres. Le membre supérieur est gonflé dans une grande partie de son étendue; ce gonflement est considérable, il est consistant, la rougeur en est vive. Avec de pareils symptômes, il devrait y avoir, si l'inflammation était franche, une surexcitation du système vasculaire très-prononcée, et cependant on remarque que le pouls n'a que peu de développement; qu'il n'a que peu de durée. Il est donc évident qu'il n'y avait indication d'émission sanguine que pour une quantité modérée, et qu'il fallait rechercher, combattre le second élément de la maladie.

Voici une observation dans laquelle j'ai eu l'occasion de mettre en pratique le traitement dont je viens de parler.

12e *Obs.* « Le 2 mars 1837, Garrigues, agriculteur, âgé d'environ 50 ans, de tempérament bilieux-sanguin et d'assez bonne constitution, est mordu par son cheval qui lui emporte la troisième phalange de l'indicateur et dénude en grande partie la seconde. Il vient me trouver. Je lui propose le seul moyen convenable dans cette circonstance, c'est-à-dire l'amputation dans l'articulation de la première avec la seconde phalange. Il s'y refuse et va travailler le lendemain. La douleur, qui n'était pas d'abord très-vive, devient plus marquée; l'inflammation s'empare du doigt. Bientôt l'avant-bras devient lui-même douloureux, se gonfle, et je vois reparaître le malade, sept jours après l'accident, dans l'état suivant : l'avant-bras entier est gonflé; le bras l'est également à son ex-

trémité correspondante; la rougeur de ces parties est vive, et ne disparaît à la pression que sur les limites de la tuméfaction; leur consistance est prononcée, non pâteuse. La sensation qu'il y éprouve est celle d'une chaleur brûlante, avec tension fort incommode. Des traînées rougeâtres existent à la partie interne du bras jusqu'au creux de l'aisselle, dont les ganglions lymphatiques sont douloureux. Le doigt mordu n'est que peu enflammé; la plaie en est à peu près sèche. Le pouls est fréquent, développé, avec quelque dureté. La langue est d'un blanc jaunâtre; la soif vive.

Je fais une saignée du bras de 10 onces, et je prescris 1 grain d'émétique, à mettre sur quatre tasses d'eau à prendre de quart d'heure en quart d'heure. Un cataplasme émollient, d'une chaleur tempérée, est placé sur toute l'étendue des parties enflammées.

Le lendemain, même état de l'avant-bras. Le pouls, quoique toujours fréquent, a pourtant moins de développement et de dureté. (20 sangsues, moitié au-dessus, moitié au-dessous des parties enflammées; bain local émollient; cataplasme de même nature; tisane d'orge; bouillons.)

Le 3e jour, je ne remarque pas qu'il soit survenu le moindre amendement; le gonflement, la rougeur, la chaleur sont à peu près ce qu'ils étaient; il semblerait même que la maladie a fait quelque progrès vers le bras. Le pouls seul a perdu de son développement et de sa dureté; mais il est toujours très-fréquent. C'est sur le rapprochement de ces diverses circonstances que je me décide à faire appliquer un vésicatoire sur la plus grande partie de l'avant-bras et la partie voisine du bras.

Le lendemain, la rougeur est plus vive et la consistance plus ferme sur le lieu qui a été recouvert par le vésicatoire; mais tout autour la peau a bien perdu de sa rougeur érysipélateuse. Le pouls a pris un peu de tension.

Deux jours plus tard, le gonflement a diminué; les parties ont déjà de la souplesse; la rougeur érysipélateuse a complétement disparu; les traînées rougeâtres sur le trajet des vaisseaux lymphatiques n'existent plus. (Pansement du vésicatoire; bouillons; orge.)

L'amélioration continue d'une manière sensible, et le malade est complétement guéri dix jours après celui où le vésicatoire a été placé.

Quant à la plaie du doigt, à mesure que l'inflammation avait diminué, elle s'était humectée, et avait fini par donner une bonne suppuration. La deuxième phalange, en partie à découvert, se détacha le 34e jour, et la cicatrisation fut bientôt complète. »

Le mode de traitement employé dans ce cas satisfait pleinement, à mon avis, l'esprit du praticien. Les moyens dont il se compose attaquent d'une manière si convenable les éléments de la maladie, qu'il semble impossible de ne pas en obtenir du succès. Les émissions sanguines, les topiques émollients combattent d'abord l'élément inflammatoire, le premier dont il faut s'occuper; le vésicatoire donne ensuite raison de l'élément érysipélateux. Je n'en vois réellement pas qui puisse lui être préféré.

Il est, du reste, très-facile de saisir la part qu'ont eue, chez ce malade, l'un et l'autre de ces moyens. Les antiphlogistiques enlèvent au pouls le développement et le peu de dureté qu'il présente; mais ils ne produisent aucun amendement dans les symptômes locaux, puisque le

gonflement, la rougeur, la tension restent les mêmes, puisque la maladie fait de nouveaux progrès. Il y a donc ici un élément contre lequel ils sont impuissants; et cet élément prendra d'autant plus de force qu'on persistera davantage dans leur emploi. On n'a qu'à lire les observations citées dans la *Clinique chirurgicale* de Dupuytren pour s'en convaincre. Un grand vésicatoire est appliqué, et de nouveaux effets sont produits : la rougeur devient plus vive, la consistance est plus prononcée; le pouls a de la tension; l'inflammation a pris évidemment un degré plus élevé. Mais si la phlegmasie s'est élevée, elle a aussi changé de caractère, attendu que la rougeur érysipélateuse qu'on apercevait sur le contour des parties qui avaient été recouvertes du vésicatoire, a déjà diminué le lendemain de son application, et a complétement disparu deux jours plus tard; attendu que les traînées rougeâtres sur le trajet des vaisseaux lymphatiques n'existent plus. L'avantage produit par ce topique est donc évident; il a substitué une inflammation franche dont on a facilement raison, à une inflammation spécifique dont les effets sont si généralement désastreux dans ces cas.

Quant à l'émétique prescrit à ce malade, il était sans danger, puisque, la maladie étant à son état, une rétrocession du mouvement fluxionnaire n'était guère plus à craindre; il était avantageux, au contraire, puisqu'il pouvait diminuer ce qu'il y avait de trop prononcé dans ce mouvement, soit en agissant comme moyen perturbateur, soit en provoquant des crises salutaires; puisqu'enfin il enlevait une complication d'état bilieux. Il ne faut pas perdre de vue, d'ailleurs, que, la maladie s'étant développée sous l'influence d'une cause externe, une métastase était peu à craindre.

Voici une autre observation qui a la plus grande analogie avec celle que je viens de rapporter.

13e *Obs.* « Dumon, menuisier, âgé de 38 ans, de tempérament bilioso-sanguin et d'assez bonne constitution, se prend de querelle avec un de ses camarades, et entre dans une violente colère. Dès le lendemain, il éprouve du malaise, des lassitudes, de l'anorexie, et trois jours plus tard il reconnaît un peu de gonflement à la partie moyenne de la jambe gauche. La maladie faisant des progrès, il m'envoie chercher. Je le trouve dans l'état que voici : gonflement de la jambe, surtout vers son milieu, non circonscrit, avec rougeur vive dépassant les limites de la tuméfaction, ne disparaissant sous la pression que sur les parties non centrales; consistance prononcée, élastique; chaleur brûlante; traînées rougeâtres sur la partie interne du genou et de la cuisse; gonflement douloureux des ganglions lymphatiques de l'aine. Le pouls est fréquent, développé, un peu dur; la langue blanchâtre, humide; il y a de la céphalalgie.

(Saignée du bras de 10 onces; cataplasme émollient; tisane d'orge.)

Le lendemain, la jambe paraît tout aussi volumineuse; la rougeur tout aussi étendue, et la consistance tout aussi prononcée; le pouls, bien que fréquent, a plus de souplesse.

(20 sangsues, moitié à la partie supérieure, moitié à la partie inférieure de la jambe; cataplasme émollient; bouillons; orge.)

Le 3e jour, le gonflement est le même; la consistance, quoique moins forte qu'elle n'était, est cependant assez prononcée; la rougeur a gagné en étendue; même état

du pouls. (Large vésicatoire sur la partie antérieure et externe de la jambe ; bouillons ; orge.)

Le 4e jour, il est facile de reconnaître, avant de lever le vésicatoire, que les parties qui avoisinent celles sur lesquelles il a été appliqué, ont moins de rougeur ; que celle-ci s'étend moins loin. Le point sur lequel l'épispastique a été appliqué offre, au contraire, plus de consistance et une coloration plus vive. Le pouls a pris de la tension.

(Pansement du vésicatoire ; bouillons ; orge.)

Le 7e jour, le gonflement de la jambe n'a pas diminué, la consistance en est fortement élastique ; la rougeur, quoique vive, a perdu complétement son caractère érysipélateux ; les traînées rougeâtres ont disparu ; des douleurs pulsatives se font sentir à la partie moyenne de l'engorgement.

(Pansement du vésicatoire ; cataplasme émollient pardessus le vésicatoire ; bouillons ; orge.)

Le 9e jour, ouverture d'un abcès qui s'est formé vers le milieu de la jambe, et qui fournit une cuillerée environ de pus louable, sans aucun vestige de tissu cellulaire. (Même prescription.)

Le 11e jour, le vésicatoire est sec ; l'ouverture fournit une petite quantité de matière purulente.

Le 18e jour, l'ouverture est fermée ; la jambe a repris son état normal. La guérison est complète. »

Il est bien facile de voir, d'après les effets produits dans ce cas par les anti-phlogistiques, qu'ils ne pouvaient réellement pas plus suffire que dans celui qui précède. A la suite des émissions sanguines, de l'usage des topiques émollients, le malade éprouve de l'amendement

dans les symptômes généraux ; le pouls a plus de souplesse ; mais le gonflement, la tension sont les mêmes, et bien plus, la rougeur a fait des progrès. Fallait-il persister dans la même voie? En insistant sur ces moyens, n'était-ce pas s'exposer à voir la maladie devenir plus grave, à voir des phlegmasies nouvelles se développer sur d'autres points, soit à l'extérieur, soit dans les cavités splanchniques? Il était donc bien évident qu'il fallait changer la direction de la thérapeutique. Mais que faire alors? De la médecine expectante! C'était laisser le champ libre au génie du mal. Employer les frictions avec l'onguent mercuriel, pratiquer la compression! Mais cette pratique est irrationnelle et dangereuse. Le vésicatoire était, à mon avis, le véritable, l'unique moyen à mettre en usage dans cette circonstance. On a vu, en effet, dès le lendemain de son application, les symptômes offrir un changement sensible, la rougeur érysipélateuse disparaître, le phlegmon prendre un caractère plus franc, et la guérison arriver bientôt après un abcès fort circonscrit.

Voilà donc trois observations de phlegmon érysipélateux, parvenu à son état, qui toutes ont été traitées par les anti-phlogistiques et les vésicatoires sur le siége du mal, et dans lesquelles le résultat a été la résolution dans les deux premières, un petit abcès dans la troisième. Ce n'est pas grand'chose que trois observations; cependant si on les rapproche des cinq cas cités par Dupuytren, dans lesquels la méthode anti-phlogistique pure a eu des effets si désastreux, on sera nécessairement forcé d'en tirer cette conséquence : que le premier de ces modes thérapeutiques a un avantage immense sur le second ;

que, par conséquent, il mérite une entière préférence. Ce que l'expérience démontre se trouve, du reste, en accord parfait avec le raisonnement, qui indique que ce traitement est le seul qui remplisse les indications que présente le phlegmon érysipélateux.

Jetons à présent un coup-d'œil rapide sur les symptômes différentiels des trois espèces d'érysipèle dont nous nous sommes occupé.

Dans le phlegmon érysipélateux, les symptômes de phlegmasie locale sont, ainsi que nous venons de le voir, portés à un haut degré, puisque la consistance est ferme, la rougeur vive, etc. La fièvre concomitante est réellement inflammatoire, avec cette circonstance cependant, qu'elle n'est pas en rapport avec les symptômes locaux, qui sembleraient devoir la rendre plus intense qu'elle ne l'est.

Dans l'érysipèle phlegmoneux, au contraire, la rougeur est communément légère, la consistance pâteuse, œdémateuse, etc. Les symptômes généraux, presque toujours nuls, ou à peu près nuls dans le principe, ne constituent que tard une fièvre inflammatoire à peine marquée.

Si quelques personnes ne voyaient dans ces deux espèces (érysipèle phlegmoneux et phlegmon érysipélateux) qu'une seule et même maladie existant à des degrés différents d'inflammation, plus légère dans le premier, plus intense dans le second, je dirais que cette manière de voir n'est pas exacte, qu'elle est dangereuse. Il y a, en effet, dans ces deux maladies autre chose qu'une différence dans le degré de l'inflammation; la différence porte surtout sur son caractère. Cela est si vrai, c'est

que l'érysipèle phlegmoneux, qui n'offre à l'extérieur qu'une rougeur ordinairement peu vive, détermine des désordres au moins aussi graves que ceux que produit le phlegmon érysipélateux, dans lequel l'inflammation est bien plus intense. Il y a évidemment dans l'érysipèle phlegmoneux plus de tendance à produire la mortification, que dans le phlegmon érysipélateux. Ce qui le prouve, c'est l'obstacle à la circulation, l'œdème qui accompagne la légère fluxion du premier, tandis que la congestion bien plus forte du second ne détermine pas ce phénomène. Ce qui prouve encore qu'il y a une grande différence dans le caractère de ces deux maladies, c'est que le phlegmon érysipélateux nécessite d'abord l'emploi des anti-phlogistiques, des topiques émollients; tandis que dans l'érysipèle phlegmoneux, non-seulement ces moyens ne sont pas nécessaires, mais sont même désastreux, à quelle époque que ce soit. Ce qui prouve que ces deux espèces ne se ressemblent pas, qu'elles diffèrent autrement que par un peu plus, un peu moins de phlogose, c'est que l'érysipèle phlegmoneux se développe toujours spontanément, ne dépend jamais d'une cause occasionnelle externe; tandis que c'est sous cette dernière circonstance que survient communément le phlegmon érysipélateux. Ce qui peut enfin servir à prouver qu'il y a une grande différence entre elles, c'est que Delpech, MM. Chomel et Blache, etc., au lieu de les confondre ensemble, ont confondu l'érysipèle phlegmoneux, tel que je l'ai décrit, avec l'érysipèle gangréneux; ce qui n'est certainement pas plus exact.

Voyons à présent pour l'érysipèle gangréneux. Dans cette espèce, la consistance est pâteuse; la rougeur de-

vient violacée de bonne heure sur toute l'étendue du mal ; la gangrène ne frappe que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, sans donner lieu à la production du pus ; les symptômes généraux très-graves sont ceux de la fièvre nerveuse. Y a-t-il là quelque chose qui ressemble à l'érysipèle phlegmoneux, avec sa rougeur le plus souvent légère, sa peau communément intacte, sa suppuration énorme, ses symptômes généraux d'une bénignité si remarquable?

Pourrait-on, enfin, confondre l'érysipèle gangréneux avec le phlegmon érysipélateux ? Mais la chose est encore plus impossible. Rien de semblable entre eux, sous le rapport de la consistance, de la rougeur et des symptômes généraux, puisque, dans le phlegmon érysipélateux, la consistance est ferme, la rougeur vive et la fièvre de nature inflammatoire.

La gangrène qui survient parfois à la peau, dans l'érysipèle phlegmoneux et dans le phlegmon érysipélateux, ne peut aucunement faire confondre ces espèces avec l'érysipèle gangréneux malin. Dans celui-ci, en effet, la gangrène frappe la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans une étendue presque toujours très-considérable, il n'y a jamais de suppuration ; la fièvre concomitante est constamment *nerveuse*. Dans l'érysipèle phlegmoneux et le phlegmon érysipélateux, au contraire, la gangrène des téguments est toujours très-restreinte ; il y a constamment une suppuration abondante, accompagnée de la mortification du tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire ; la fièvre concomitante est de nature inflammatoire.

Les caractères qui distinguent ces trois espèces, plus

ou moins confondus entre eux jusqu'ici par les auteurs, sont par conséquent évidemment fort tranchés ; ils exigeaient la différence bien grande qu'a présentée leur traitement, qui vient, du reste, appuyer lui-même la nécessité de cette distinction.

Que l'on mette à présent en regard de la thérapeutique rationnelle, basée sur des indications positives, qui a été suivie dans les observations que j'ai rapportées dans le cours de ce travail, la thérapeutique incertaine, expérimentale, qui tourmente tant de têtes aujourd'hui, et l'on verra la différence immense qui les sépare. Dans la première, tout est prévu : l'action de chaque moyen se déroule d'avance sous les yeux du praticien ; dans la seconde, tout est l'effet du hasard : un médicament prescrit n'a pas plus de chances de succès qu'un billet mis à la loterie, une réussite serait plus inexplicable qu'un revers. Mais voyons quels sont les principaux moyens, vantés dans ces derniers temps par les médecins expérimentateurs, contre les trois espèces d'érysipèle dont je me suis occupé : ce sont l'onguent mercuriel, la compression, les incisions.

L'onguent mercuriel ! Mais dans quelle intention ? Si l'une ou l'autre de ces espèces n'était qu'une inflammation franche, on conçoit à la rigueur qu'on pût s'en servir, quoique aux inconvénients et aux dangers dont il est entouré il joigne celui d'être un assez mauvais antiphlogistique ; mais il y a dans ces maladies autre chose qu'une inflammation. Il y a coëxistence de deux éléments : l'élément inflammatoire et l'élément érysipélateux ; or, ce qui produit l'élément érysipélateux, c'est une altération survenue dans les qualités du sang, n'importe la raison.

Mais s'il en est ainsi, s'il y a viciation, altération du fluide sanguin, ainsi qu'on s'accorde généralement à le penser, que peut-on espérer de l'emploi d'un moyen qui ne peut qu'augmenter cette fâcheuse disposition, et empêcher le travail auquel se livre l'organisme pour se débarrasser du principe morbifique? Son usage n'est-il pas un véritable contre-sens?

S'il y a contre-sens à employer l'onguent mercuriel dans l'érysipèle phlegmoneux et le phlegmon érysipélateux, le contre-sens n'est-il pas plus grave pour l'érysipèle gangréneux, dans lequel l'état général du malade, loin d'exiger l'usage des remèdes débilitants, réclame les toniques les plus énergiques?

La compression ne vaut certainement pas mieux que l'onguent mercuriel. Ou bien elle est inutile, elle n'arrête pas les progrès du mal; ou bien elle réussit, et alors elle est dangereuse, parce qu'elle agit souvent comme moyen répercussif, occasionnant la rétrocession de la fluxion et son irruption sur les organes des cavités splanchniques (1).

---

(1) Si l'on avait quelque doute sur les propriétés répercussives de la compression, je pourrais citer un fait qui s'est passé sous mes yeux, il y a quelques années, à l'hôpital Saint-Eloi; il est de nature à convaincre les plus incrédules. « Un soldat se trouvait dans cet hôpital depuis quelques semaines pour un gonflement œdémateux idiopathique du pied et de la jambe gauche, qui résistait à tous les moyens médicaux que l'on employait (diurétiques, purgatifs, etc.) On eut l'idée de le traiter par la compression. Un bandage roulé fut appliqué sur les parties malades. Le lendemain même, le bandage avait ramené la jambe à son état normal; mais des symptômes très-

Les incisions multiples, qui avaient été employées autrefois dans l'érysipèle phlegmoneux, le phlegmon érysipélateux, comme moyen de prévenir la mortification, n'étaient plus en usage depuis que plusieurs chirurgiens du premier mérite les avaient appréciées à leur juste valeur, lorsque de nos jours elles ont reparu, vantées qu'elles étaient par quelques médecins, et entre autres par M. Dassit (de Confolens) (1). Que ce moyen convienne lorsqu'il y a étranglement, lorsqu'il y a du pus formé, cela se conçoit ; il convient aussi à ce titre dans l'inflammation franche : il n'y a rien là de particulier à l'érysipèle. Mais si ces indications n'existent pas, que prétend-on faire par les incisions ? Sur quelle théorie

---

graves s'étaient manifestés du côté de la poitrine, qui se trouvait encore, la veille, dans le meilleur état possible ; la respiration était devenue fréquente et laborieuse ; le visage était pâle et exprimait l'anxiété la plus vive ; le pouls très-fréquent, sans beaucoup de consistance. Le malade, qui ne se plaignait d'aucune douleur, qui n'accusait qu'une gêne extrême de la respiration, ne tarda pas à se coucher sur le côté gauche, sur lequel il resta désormais jusqu'au moment de sa mort qui arriva le troisième jour.

A l'autopsie, on trouva la cavité gauche de la poitrine pleine de sérosité ; le poumon aplati et refoulé sur la colonne vertébrale ; la plèvre et le cœur à l'état normal. »

Le malade était mort d'un hydrothorax que j'appellerai foudroyant, puique 48 heures s'étaient à peine écoulées entre le moment de l'application du bandage et celui de la mort. La compression en était la cause ; elle avait déplacé le mouvement fluxionnaire, qui du membre inférieur s'était porté sur la plèvre gauche.

(1) Bulletin de thérapeutique, T. XXI, 7e livr.

bâtit-on l'espoir de prévenir la mortification? « Quoi! s'écrie S. Cooper (1) à ce sujet, tous les principes de la chirurgie sont-ils tellement bouleversés aujourd'hui, et la nature du corps humain et de l'économie est-elle changée au point que, pour guérir les parties enflammées, on doive les mutiler et les blesser, y faire de six à dix-huit incisions? » Rien n'est certainement plus juste que cette exclamation. Employer ce moyen, lorsqu'il n'y a ni étranglement ni pus, me semble singulièrement étrange.

Ces trois moyens : l'onguent mercuriel, la compression, les incisions, auxquels il faut joindre la méthode anti-phlogistique, sont ceux qu'on a le plus employés dans ces derniers temps, et Dieu sait si les effets qu'ils ont produits ont été bien satisfaisants pour ceux sur qui on les essayait! On a annoncé des revers; mais les a-t-on tous fait connaître? Les médecins sont si discrets à ce sujet.......

En résumé, l'érysipèle gangréneux, l'érysipèle phlegmoneux, le phlegmon érysipélateux, ont chacun des caractères qui leur sont propres, qui dérivent de leur nature différente; ils exigent chacun un traitement particulier.

Dans l'érysipèle gangréneux, la couleur des parties atteintes est violacée, leur consistance pâteuse; la gangrène ne frappe que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; il n'y a pas de production de pus; les symptômes sont de bonne heure ceux qui appartiennent à la fièvre nerveuse.

(1) Dict. de chirurgie, art. *Erysipèle.*

Le traitement doit consister en de larges vésicatoires dont on recouvre la presque totalité des parties malades, et dans l'administration à l'intérieur de la résine de quina associée à l'éther sulfurique.

Dans l'érysipèle phlegmoneux, la consistance est encore pâteuse; mais la peau n'a qu'une rougeur légère, rosée, et cependant une suppuration destructive frappe le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire dans une étendue souvent énorme. La fièvre concomitante, de nature inflammatoire, est légère et compliquée assez communément d'embarras gastrique, d'état bilieux.

Le traitement se compose ici de larges vésicatoires sur l'érysipèle et d'une boisson légèrement stimulante ou rafraîchissante, qui seule est nécessaire lorsque la maladie n'a pas de complication.

Le phlegmon érysipélateux est caractérisé par la consistance ferme des parties, leur rougeur vive, les traînées rougeâtres sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, l'engorgement de leurs ganglions, par la nature de la fièvre qui est réellement inflammatoire, quoiqu'elle ne soit pas en rapport avec les symptômes locaux, qui sembleraient devoir déterminer une réaction plus forte et plus soutenue.

Dans cette espèce, le traitement se compose de deux parties : la première, destinée à attaquer l'élément inflammatoire, et qui consiste dans l'emploi des topiques émollients, des anti-phlogistiques généraux et locaux, mis en rapport avec les conditions dans lesquelles se trouve le sujet, mais dont on doit toujours faire usage avec beaucoup de modération ; la seconde, destinée à combattre l'élément érysipélateux, et dans laquelle il

faut remplacer les moyens précédents par de larges vésicatoires placés sur le siége du mal.

La gangrène qui survient parfois à la peau, dans l'érysipèle phlegmoneux et le phlegmon érysipélateux, n'a aucun rapport avec celle qui survient dans l'érysipèle gangréneux proprement dit. Elle coexiste toujours avec une collection purulente dans les parties sous-jacentes, et est constamment accompagnée d'une fièvre inflammatoire légère; tandis que, dans l'érysipèle gangréneux malin, la gangrène survient sans aucune espèce de travail de suppuration autour d'elle, et a toujours la fièvre *nerveuse* pour cortége. Il ne saurait donc y avoir, même dans cette circonstance, aucune similitude entre le traitement de cette dernière espèce et celui des deux premières.

Enfin, une complication d'embarras gastrique, d'état bilieux, soit dans l'érysipèle phlegmoneux, soit dans le phlegmon érysipélateux, nécessite l'emploi des vomitifs. Leur usage serait, au contraire, fort dangereux dans l'érysipèle gangréneux; ils feraient, d'abord, perdre un temps précieux; ils affaibliraient, de plus, des forces qu'il importe de relever vite et puissamment.

FIN.

[illegible] gangren. diffus [illegible]

Phlegmon érysipélateux infiltration [illegible] cellul [illegible]
[illegible] phlegmons. [illegible] de la forme [illegible]

Phlegmon gangreneux. infiltration [illegible] cellul [illegible]
" diffus " " " " de propagation de proche en proche.

V. article phlegmon [illegible]